ÉTUDES CLINIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE, SUR LA TAILLE ET SUR...

Giuseppe Corradi

EUGENIO E FILIPPO CAMMELLI — EDITORI-LIBRAI — Firenze

INSEGNAMENTI
DI
CHIRURGIA PRATICA

Del Prof. COSIMO PALAMIDESSI

Clinico Chirurgo alla scuola pratica di S. Maria Nuova di Firenze

(ISTITUTO DEGLI STUDI SUPERIORI)

SOMMARIO

Riunione immediata, considerata più specialmente nelle autoplastiche, nelle operazioni nel cavo ascellare, in quelle della regione mammaria e nelle amputazioni delle membra
Controapertura e mezzi adottori del pus
Immobilità e posizione delle parti malate
Cateratta; sua discissione ed estrazione
Pannus.
Cura del tumor lacrimale
Escisione dell'amigdale
Operabilità del cancro
Tracheotomia.
Ernniotomia e sue indicazioni
Considerazioni sull'ovariotomia
Cura dei calcoli vescicali
Ristringimenti organici dell'uretra loro trattamento
Resezioni
Cenni sulla emostasi chirurgica

Volume in 8. — Prezzo L. 2.

Mediante vaglia postale si spedisce franco

15·9·715

SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

SUR LA TAILLE

ET SUR LES FISTULES VAGINALES

ÉTUDES CLINIQUES

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

SUR LA TAILLE

ET

SUR LES FISTULES VAGINALES

PAR

JOSEPH CORRADI

Agrégé libre à la Faculté de médecine de Florence

(Mémoire couronné par l'Académie de Médecine Prix d'encouragement 1869)

Avec 7 planches (31 figures)

FLORENCE

Chez E. et F. CANNELLI Libraires-Éditeurs

Place de la Signoria

1870

Droits de traduction et de reproduction réservés

Prato, Tip. Giachetti, Figli e C.

Digitized by Google

Nous sommes heureux de pouvoir publier le mémoire de M. le Dr Joseph Corradi couronné par l'Académie Impériale de Médecine. Les travaux pleins d'originalité de ce chirurgien distingué, après avoir obtenu une récompense que l'Académie n'accorde que rarement, avaient été jugés si favorablement par la presse médicale étrangère et nationale, que nous avons insisté auprès de l'auteur pour avoir la permission d'imprimer son mémoire, il nous a semblé que nous ne devions pas laisser à des éditeurs étrangers le soin de faire connaître au public un ouvrage qui fait honneur à la chirurgie de notre pays.

CAMMELLI FRÈRES, *Éditeurs*

A MONSIEUR LE PROF. CH. BURCI

Sénateur.

Cher maître

Ceci n'est pas une dédicace; car ce mémoire a trop peu d'importance pour mériter l'honneur de vous être dédié.

Permettez-moi seulement d'inscrire votre nom sur la première de ces pages, ne serait-ce que pour témoigner publiquement la vive reconnaissance que je vous dois et rappeler la préoccupation constante de mes travaux qui est de marcher sur vos traces.

Le nom du maître est d'ailleurs la meilleure recommandation de celui de l'élève auprès du public; et c'est encore un service de plus dont vous remercie

Votre très-affectionné

Joseph Corradi

PRESENTÉ

À L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

AU CONCOURS

POUR LE PRIX D'ARGENTEUIL

RAPPORT

A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

sur le prix d'Argenteuil (période de 1863-1869)

Commissaires MM Laugier Larrey, Gosselin, Chassaignac, Broca, rapporteur

Messieurs, neuf concurrents se sont présentés au concours du prix d'Argenteuil. Ce sont par ordre d'inscription :

N° 1 M le docteur Guillon père, auteur de deux mémoires imprimés et d'une notice manuscrite sur la *lithotritie généralisée*.

N° 2. M. le docteur Bibard, auteur d'une notice manuscrite en quatre très-petites pages intitulée : *Traitement de la rétention d'urine, suite de paralysie de la vessie par la potion au baume de copahu de* Chopart

N° 3. L'auteur anonyme d'un manuscrit sans titre avec la devise

Tentare pericula sine periculo
Primus ad curationem gradus

Ce travail est relatif au traitement des rétrécissements de l'urèthre et est accompagné de l'envoi d'un nouvel urèthrotome.

Digitized by Google

N° 4. M. le docteur Denamiel, auteur d'un *Traité de la lithothlibie, nouvelle méthode d'écrasement des calculs vésicaux.*

N° 5. M. le docteur Reliquet, auteur d'un *Traité des opérations des voies urinaires*, dont le premier volume seul a paru.

N° 6. M. le docteur Joseph Corradi, de Florence, auteur d'un long mémoire intitulé *Études cliniques sur les rétrécissements de l'urèthre*, accompagné des nouveaux instruments dilatateurs inventés par ce chirurgien. M. Corradi présente, en outre, au concours, un mémoire manuscrit et une brochure imprimée sur l'*opération des fistules vésico-vaginales.*

N° 7. M. le docteur James Arnott, de Londres, auteur d'une brochure intitulée: *Contributions to Practical Medicine and Surgery*, et où l'on trouve un chapitre consacré aux maladies des voies urinaires.

N° 8. MM. les docteurs Mallez et A. Tripier, auteurs d'une brochure intitulée: *De la guérison durable des rétrécissements de l'urèthre par la galvano-caustique chimique.*

N° 9. Enfin, MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie à Paris, auteurs d'une courte notice consacrée à la description de quatre nouveaux instruments pour l'opération de la taille et celle de la lithotritie.

Avant de procéder à l'examen de ces travaux, nous croyons devoir vous rappeler les termes du testament de M. le Marquis d'Argenteuil, fondateur du prix.

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la som-
» me de trente mille francs, pour être placée, avec les
» intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en
» rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné
» tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus
» important apporté, pendant cet espace de temps, aux
» moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'ure-
» thre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où,

» pendant une période de six ans, cette partie de l'art de » guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement » assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Aca- » démie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement » le plus important apporté, durant ces six ans, au trai- » tement des autres maladies des voies urinaires »

Ainsi, messieurs, l'intention du testateur est formelle L'Académie ne peut récompenser les travaux relatifs aux maladies autres que les rétrécissements uréthraux, que si aucun des mémoires relatifs à ces rétrécissements ne lui semble digne de récompense

Nous avons dû par conséquent diviser en deux groupes les travaux des concurrents Le premier groupe comprend les mémoires ou inventions qui concernent le traitement des rétrécissements de l'urèthre

Le second groupe comprend les mémoires ou inventions qui se rapportent aux autres affections des voies urinaires, telles que les calculs vésicaux ou uréthraux, la paralysie de la vessie, et les fistules vésico-vaginales.

Si le premier groupe ne nous fournissait aucun travail digne d'être récompensé par l'Académie, alors, mais alors seulement, il y aurait lieu de choisir parmi les travaux du second groupe.

Le premier groupe comprend seulement cinq ouvrages, savoir n° 3 (anonyme); n° 5 (M Reliquet); n° 6 (M. Corradi); n° 7 (M. Arnott) et n° 8 (MM Mallez et Tapier).

Nous avons dû comprendre dans cette énumération l'ouvrage de M. James Arnott, puisqu'il a été envoyé à l'Académie avec une lettre de candidature au prix d'Argenteuil. Mais dans une seconde lettre écrite de la même main et datée du même jour, l'auteur rappelle qu'il a déjà obtenu en 1857 une partie du prix d'Argenteuil, pour les inventions mentionnées dans sa brochure; il annonce donc qu'il ne vient pas solliciter une nouvelle récompense, qu'il ne veut pas figurer au nombre des compétiteurs, et qu'en soumettant de nouveau ses inven-

tions à la commission, il se propose seulement de lui signaler une modification de son uréthrotome ; vous jugerez sans doute comme nous, messieurs, que le désir de M Arnott doit être respecté. Il a atteint son but, qui était d'attirer de nouveau notre attention sur le procédé d'uréthrotomie rétrograde qu'il a créé depuis longtemps, et la commission ne peut que constater aujourd'hui la légitimité de la récompense qu'il a obtenu il y a douze ans.

L'auteur anonyme du mémoire n° 3 a inventé un instrument destiné à enlever le tissu des rétrécissements à la manière d'un emporte-pièce. Il ne paraît point d'ailleurs que cet instrument ait jamais été employé ; non-seulement l'auteur ne cite aucune observation, mais encore il ne parle pas du manual opératoire ; il ne dit rien des phénomènes immédiats de l'opération et encore moins de ses suites, de sorte que lorsqu'il termine en offrant à la commission de se mettre à sa disposition « pour faire l'expérience de son procédé », nous sommes autorisés à penser qu'il s'agit en effet d'une expérience, et même d'une première expérience Les treize pages du manuscrit sont, entièrement consacrées à la description très-obscure de son instrument très-compliqué Pour faciliter l'intelligence du texte, il y a joint des figures explicatives et deux exemplaires de son instrument, mais il en résulte une nouvelle obscurité, attendu que l'instrument représenté sur les figures diffère considérablement des instruments en métal annexés au mémoire Ce qu'il y a de plus incompréhensible, c'est ce passage où l auteur décrit, comme étant de son invention, le procédé qui consiste à faire le cathétérisme de l'urètre à l'aide d'une sonde flexible de caoutchouc, consolidée par un mandrin Il ne nomme pas le mandrin, bien entendu, cet objet, qu'il vient d'inventer n'a pas encore de nom dans son vocabulaire ; il le désigne par une périphrase : « C'est une

» tige métallique de 1 millimètre de diamètre, protégée » par une enveloppe de caoutchouc pouvant au besoin » servir de sonde. » Et il ajoute : « Ce mode de parvenir » jusqu'à la vessie est certainement très-simple, et il » est possible qu'il soit usité depuis longtemps, mais je » n'en ai point connaissance. » Cette déclaration sincère nous permet de rendre hommage à l'ingéniosité de l'auteur, il n'y a pas moins de mérite à réinventer qu'à inventer, mais l'invention du mandrin n'est peut-être pas de celles qui peuvent prétendre au prix d'Argenteuil. Quant à l'emporte-pièce intra-uréthral, nous ne pouvons que lui souhaiter la bienvenue. Nous faisons des vœux pour qu'il réponde aux espérances de l'inventeur, qui pourra sans doute, dans une période ultérieure, en démontrer les avantages. Nous devons suspendre jusque-là un jugement qui ne reposerait aujourd'hui que sur des suppositions.

Le volume qui porte le n° 5, et qui est l'œuvre de M. le docteur Roliquet, est la première partie d'un *Traité des opérations des voies urinaires*. C'est un ouvrage didactique, où l'auteur décrit successivement toutes les opérations que l'on pratique sur l'urèthre. Il y traite naturellement des opérations dirigées contre les rétrécissements; c'est le sujet du chapitre IX, que nous avons lu attentivement; mais nous n'y avons rien trouvé de plus que dans les autres traités de médecine opératoire. Craignant d'avoir laissé passer inaperçu quelque passage important et original, nous avons consulté l'analyse manuscrite déposée par l'auteur à l'appui de sa candidature; nous n'y avons trouvé que l'énumération des questions qu'il a successivement abordées.

« Avant de décrire, dit-il, les opérations dirigées contre » les rétrécissements de l'urèthre, j'ai étudié la nature » des rétrécissements, leur physiologie pathologique, et » leurs propriétés physiologiques. Toutes les opérations » dirigées contre les rétrécissements de l'urèthre, même

» la dilatation temporaire progressive, luttent contre les » propriétés physiologiques du rétrécissement, son élas- » ticité, sa rétractilité, sa contractilité. Mais dans leurs » actions spéciales, chacune de ces opérations intéresse » d'une façon différente les tissus de la paroi de l'urèthre » au niveau du rétrécissement. Ainsi la dilatation forcée » a une action particulière sur les tissus, différente de » celle de l'urethrotomie. C'est là la raison de l'étude » de la physiologie pathologique des plaies des muqueu- » ses faite page 232.

» Ainsi, m'appuyant sur la physiologie, j'ai étudié et » discuté chacune des opérations proposées contre les » rétrécissements de l'urèthre. »

Cette analyse, faite par l'auteur lui même, montre qu'il ne réclame pour lui aucune idée nouvelle et qu'il s'est borné à exposer dans ce chapitre l'état de la science.

Nous n'aurions donc aucune proposition à vous soumettre relativement au livre de M. le docteur Reliquet, si nous n'avions remarqué dans l'introduction un passage où l'auteur a étudié, d'une manière complète, les phénomènes de l'intoxication urineuse, et déterminé avec sagacité les causes de cet accident. Il distingue l'intoxication spontanée ou chronique de l'intoxication traumatique ou aiguë. L'une et l'autre sont les conséquences de l'absorption des matériaux de l'urine, lesquels, en séjournant dans la vessie, s'altèrent rapidement et deviennent alors capables, en pénétrant dans le torrent circulatoire, de déterminer une intoxication. A l'état normal, toutefois, cet accident est rendu impossible par la présence de l'épithélium vésical et urétral, qui oppose un obstacle presque absolu à l'imbibition et à l'absorption. Mais, lorsqu'une maladie de la muqueuse vésicale ou urétrale amène, dans une certaine étendue, la chute de l'épithélium, l'urine se trouve en contact avec des surfaces capables de l'absorber, et l'intoxication urineuse peut survenir. Déjà les travaux de M. Susini et de notre

collègue M. Robin ont démontré que la cystite chronique produit fréquemment la destruction de l'épithélium vésical, et qu'il faut attribuer à cette cause l'intoxication urineuse spontanée. M. Reliquet, sous ce rapport, n'a fait que confirmer la doctrine de ses prédécesseurs, mais il a démontré en outre que la muqueuse urétrale se dépouille quelquefois de son épithélium dans la partie située au-dessus d'un rétrécissement, jusqu'au col de la vessie, et même jusqu'au trigone, et qu'alors des accidents d'intoxication urineuse peuvent se manifester soit spontanément, soit à la suite du cathétérisme le plus prudent. Ceci se rattache déjà à la question des rétrécissements urétraux; mais ce qui nous intéresse surtout, c'est l'intoxication aiguë en traumatique, qui survient si fréquemment à la suite de l'opération de l'urétrotomie. Ici, l'action de l'instrument divise nécessairement la couche épithéliale, et lorsque l'urine pénètre dans la plaie, elle se trouve en contact avec une surface avivée qui se prête aisément à l'absorption. La connaissance de ce fait entraîne une conséquence pratique importante, et conduit à la prophylaxie de l'intoxication urineuse traumatique. Pour empêcher cet accident, ou du moins pour en diminuer les chances, il suffit d'introduire une sonde creuse dans la vessie immédiatement après l'urétrotomie, et de la laisser à demeure pendant quelque temps, jusqu'à ce que la surface de la plaie urétrale soit recouverte d'une couche de bourgeons charnus, sur laquelle l'urine puisse glisser impunément. Grâce à cette pratique, dont l'utilité a été démontrée par MM. Maisonneuve et Gosselin, l'opération de l'urétrotomie a perdu une grande partie de sa gravité. M. le docteur Reliquet, après en avoir constaté l'efficacité dans les services de ces deux chirurgiens, s'en est fait le défenseur habile et convaincu. Il ne peut prétendre au mérite d'avoir introduit cette notion dans la science, mais il est juste de reconnaître qu'en groupant d'une manière méthodique les faits relatifs à l'intoxica-

tion urineuse, en distinguant d'une manière bien précise les deux formes qu'elle peut revêtir, et en en déterminant exactement les conditions, il a utilement contribué aux progrès de la thérapeutique des rétrécissements, et nous rappelons d'ailleurs qu'il a ajouté aux connaissances de ses devanciers, l'étude des lésions de l'épithélium urethral au-dessus des rétrécissements. Pour ces motifs, votre commission a pensé qu'il y avait lieu d'accorder à M. le docteur Reliquet un encouragement de 1000 francs.

Le mémoire n° 8, sur le *traitement des rétrécissements de l'urèthre par le galvano-caustique chimique* nous a paru digne d'attention. Les auteurs, MM. les docteurs Mallez et Tripier, se sont proposé de détruire les tissus des rétrécissements en utilisant l'action dissolvante des courants électriques. Ils pensent que ce mode de destruction n'expose pas, comme l'uréthrotomie, la cautérisation ordinaire, ou la rupture plus ou moins étendue qui est la conséquence de certains procédés de dilatation brusque, à la formation d'une cicatrice rétractile, capable d'amener la récidive. — Vous savez, messieurs, qu'un célèbre chirurgien de Breslau, Middeldorpf, le véritable créateur de la méthode galvano-caustique, traitait les rétrécissements uréthraux par la cautérisation actuelle, à l'aide d'un cathéter formé de deux tiges de cuivre isolées par une couche d'ivoire, et terminé par une petite anse de platine. L'instrument, tout à fait semblable par sa forme et sa dimension à un cathéter ordinaire, était porté à froid jusque sur le rétrécissement, puis on fermant le courant, et tout à coup l'anse de platine, devenue incandescente, opérait une cautérisation instantanée. Middeldorpf a pu ainsi guérir beaucoup de rétrécissements, même parmi ceux qui n'étaient pas accessibles aux bougies ordinaires et qui n'étaient rendus franchissables que par la cautérisation elle-même. Il pensait que cette méthode avait sur l'uréthrotomie le double avantage de ne pas exposer aux accidents d'infiltration ou d'intoxication urineuse,

Digitized by Google

et de conjurer le récidive. — Cette dernière opinion était probablement illusoire. Mais sur le premier point, c'est-à-dire sur la question d'innocuité, l'expérience très-étendue de Middeldorpf a prouvé que la méthode de la cautérisation galvanique est vraiment sans gravité. La méthode que préconisent aujourd'hui MM. Mallez et Tripier, quoique différant notablement, comme on va le voir, de celle de Middeldorpf, lui est assez analogue toutefois pour que l'on puisse considérer comme très-probable qu'elle ne lui cède en rien sous le rapport de l'innocuité, et de plus elle nous paraît être d'une application plus facile, parce qu'elle procède avec plus de lenteur, ou, si l'on préfère, avec moins de précipitation.

Ce n'est pas l'action calorifique des courants galvaniques, mais leur action chimique ou électrolytique que MM. Mallez et Tripier dirigent contre le tissu des rétrécissements. C'est l'application au cas particulier des rétrécissements uréthraux d'une méthode générale créée par Gustave Crusell, de Saint-Pétersbourg, il y a près de trente ans, et désignée par lui sous le nom très-exact d'*électrolyse*. Étudiant les escharres qui se forment autour des aiguilles dans la galvano-puncture, Crusell conçut le premier l'idée d'utiliser l'action caustique et dissolvante des alcalis attirés vers le pôle négatif, pour opérer méthodiquement la destruction des tissus. Il essaya, avec des succès fort variables, l'application de cette méthode au traitement des affections les plus diverses. Dans l'origine (1841), il ne l'employait que pour pratiquer des cautérisations très-peu étendues, mais plus tard il entreprit de détruire ainsi des tumeurs assez volumineuses, telles par exemple que les cancers du sein (1848). Ces essais, auxquels on n'avait accordé dans le temps que peu d'attention, furent mentionnés en 1854 par Middeldorpf (*De la galvano-caustique*), néanmoins ils étaient presque entièrement oubliés, lorsque M. Crusell, en 1860, et M.

Nélaton, en 1865, eurent de nouveau recours à l'électrolyse dans le traitement des tumeurs.

Quoique honoré du suffrage de chirurgiens aussi éminents, l'électrolyse ne paraît pas appelée à prendre rang parmi les méthodes opératoires générales. Elle n'a en effet que fort peu d'efficacité, la sphère d'action des liquides alcalins attirés vers le pôle négatif est très-restreinte, les escharres n'ont qu'une très-petite étendue, et il en résulte que, pour attaquer des tumeurs de quelque volume, on est obligé d'introduire à plusieurs reprises, et sur des points différents, les aiguilles à galvano-puncture, ce qui complique et allonge beaucoup l'opération. Mais dans le cas particulier des rétrécissements de l'urèthre, l'objection perd toute sa portée, car il ne s'agit pas de détruire une grande épaisseur de tissus, ce qui serait très-fâcheux, il suffit d'en dissoudre une couche très-mince pour frayer un passage au cathéter; aussi cette indication est-elle une des premières que Crusell ait signalées. Dès 1841, dans son mémoire sur le galvanisme comme agent thérapeutique chimique *(Ueber den Galvanismus als chemische Heilmittel*, Pétersbourg, 1841), il proposa de traiter par l'électrolyse les taies et les pannus de la cornée, la synéchie, la cataracte, les rétrécissements de la trompe d'Eustache, et, ce qui nous intéresse surtout ici, les rétrécissements de l'urèthre. Dix ans plus tard (1851), M. Wertheimber fit à son tour l'essai du traitement des rétrécissements urèthraux par l'électrolyse. Mais à cette époque, le mode d'action des différentes espèces de courants et la nature des piles capables de produire tel ou tel effet étaient encore trop peu connus, de sorte que ces tentatives ne furent pas couronnées de succès. MM. Mallez et Tripier ont donc fait une œuvre utile en reprenant l'étude de cette méthode, qu'ils ont régularisée et perfectionnée et dont ils ont rendu l'application plus efficace.

Leur procédé consiste à introduire dans l'urèthre un

Digitized by Google

cathéter entouré d'une couche isolante dans toute sa longueur, à l'exception de son extrémité, on le met en communication avec le pole négatif d'une pile à forte tension, dont le pole positif vient s'appliquer, au moyen d'une large plaque, sur la partie supérieure et interne de la cuisse. On traite aisément ainsi les rétrécissements franchissables, quant à ceux que le cathéter ne peut traverser, on les attaque d'avant en arrière, et l'on peut quelquefois les franchir en quelques minutes, le bec du cathéter avançant à mesure que la dissolution des tissus s'opère. La plupart des membres de votre commission ont assisté chez M. le docteur Tripier à une séance où M. le docteur Mallez a ainsi pu franchir en dix minutes un rétrécissement bulbo-membraneux compliqué de fistules urinaires. Ce rétrécissement, que plusieurs d'entre nous avaient exploré, et qui n'avait pu admettre aucune bougie, put recevoir, sans difficulté, immédiatement après l'opération, une sonde du calibre n° 17 de la filière millimétrique.

Le rapporteur a revu ce malade dix jours après. Il n'avait plus de sonde et urinait librement.

Sans affirmer que l'électrolyse doive toujours produire un résultat immédiat aussi satisfaisant, nous pouvons dire du moins qu'elle a une efficacité suffisante pour prendre place au nombre des méthodes thérapeutiques des rétrécissements urétraux. Mais nous n'osons partager l'opinion ou plutôt les espérances de MM. Mallez et Tripier relativement à la question de la récidive. Ils se flattent d'obtenir, à la suite de la destruction des tissus par l'électrolyse, une cicatrice privée de la propriété de rétraction qui amène la récidive. L'expérience confirmera peut-être cet espoir, mais nous ne le saurons qu'au bout de plusieurs années. Jusque-là, nous ne pourrons invoquer que les idées théoriques, et il n'y a pas assez de différence entre la cautérisation potentielle ordinaire et l'électrolyse qui, en définitive, n'attaque les tissus qu'en

y faisant affluer des caustiques alcalins, pour que nous puissions compter sur une cicatrice autre que celle que produit le porte-caustique ordinaire. Nous ne pouvons donc pas dire encore que MM. Mallez et Tripier aient fait faire un grand progrès à la thérapeutique des rétrécissements uréthraux. Ils ne nous ont pas démontré que leur méthode soit supérieure à celles qui l'ont précédée. Si, dans une période ultérieure, après une expérimentation plus longue, ils apportent les preuves qui nous manquent aujourd'hui, il y aura lieu peut-être de leur décerner le prix, mais nous nous bornerons, pour cette fois, à vous proposer de leur décerner une récompense de 2000 francs.

Le dernier travail dont nous ayons à vous entretenir (n° 6), est celui de M. le docteur Corradi, professeur suppléant de clinique chirurgicale à Florence.

Ce candidat nous a fait parvenir plusieurs mémoires sur la taille périnéale par un nouveau procédé, et sur le traitement des fistules vesico-vaginales. Il est l'inventeur d'un instrument qui permet de pratiquer d'un seul coup de bistouri l'avivement de ces fistules. Mais nous ne devons vous parler que de son mémoire sur les rétrécissements de l'urèthre, les autres ne pouvant, cette année, prétendre au prix d'Argenteuil.

Le mémoire de M. Corradi n'est pas un traité complet des rétrécissements de l'urèthre. Mais l'auteur cependant n'a pas voulu se borner à exposer purement et simplement son procédé, il a tenu au contraire à développer les considérations cliniques et physiologico-pathologiques sur lesquelles doit reposer la thérapeutique de ces rétrécissements. — Le premier chapitre, relatif à l'anatomie chirurgicale de l'urèthre, est fort bien fait; l'auteur a déterminé par de nouvelles pratiques anatomiques la position, le rapport et la longueur des différentes parties de l'urèthre, mais il n'a fait que confirmer les faits déjà

établis par Malgaigne et par Puogoff Cette partie de son travail ne renferme donc rien d'absolument nouveau.

Le second chapitre, relatif à la physiologie pathologique des rétrécissements, est celui qui contient toute la doctrine de l'auteur. Se basant principalement sur l'observation clinique, et aussi, d'une manière secondaire il est vrai, sur l'anatomie pathologique, il distingue jusqu'à cinq espèces de rétrécissements, qu'il serait irrationnel, suivant lui, de soumettre à une thérapeutique uniforme. Ce sont 1° le rétrécissement modulaire, ou *par tissu de cicatrice*, consécutif aux plaies ou aux déchirures de l'urèthre, ou à des cautérisations violentes 2° le rétrécissement par *tissu phlogistique*, consécutif à un travail inflammatoire dont la blennorrhagie est la cause la plus ordinaire. Ce rétrécissement survient pendant la durée même de la blennorrhagie, ou peu de temps après, il est assez rare 3° le rétrécissement spasmodique, 4° le *rétrécissement atrophique* dont le siége exclusif est la partie spongieuse et bulbeuse de l'urèthre, et qui survient le plus souvent sans cause connue, chez des individus qui peuvent n'avoir eu aucune blennorrhagie, 5° enfin le *rétrécissement* par *sténo-sclérose*, qui ne diffère du précédent que par un seul caractère l'induration ou état scléreux de la substance spongieuse de l'urèthre, dont le tissu érectile est en même temps atrophié.

Cette classification est peut-être trop compliquée; il ne nous semble nullement démontré que les deux dernières espèces soient autre chose que deux degrés d'un même processus pathologique La distinction établie entre elles par M Corradi nous a paru reposer sur l'observation clinique plutôt que sur l'examen anatomique, l'atrophie est sclérosique ou simple suivant qu'elle oppose plus ou moins de résistance à la dilatation, mais ces deux formes sont reliées par des degrés intermédiaires qui rendent arbitraire la ligne de démarcation D'une manière générale, nous remarquerons que M Corradi

tant trop peu de cas de l'anatomie pathologique, il est bien vrai que, dans le cas particulier des rétrécissements urétraux, l'anatomie pathologique n'a pas encore donné de résultats complets et satisfaisants, ce n'était pourtant pas une raison pour établir un principe général, comme il l'a fait, la subordination de cette science à la clinique. Mais nous devons reconnaître avec l'auteur que les troubles fonctionnels, qui accompagnent les rétrécissements sont loin d'être toujours proportionnels à l'intensité de la lésion. Il y a là, dans la physiologie pathologique, une lacune qu'il a eu raison de signaler. Par exemple, faisant allusion aux belles recherches de M. Alphonse Guérin sur les urethres des sujets apportés à l'amphithéâtre de Clamart, il s'est demandé si les lésions décrites par notre collègue comme constituant le premier degré des rétrécissements étaient réellement de nature à faire obstacle au cours de l'urine, et la réponse a pu rester douteuse pour lui, puisque les sujets n'avaient pas été observés pendant leur vie. D'un autre côté, lorsqu'un malade atteint de rétrécissement vient à mourir après avoir été observé par un médecin, il est bien rare qu'il n'ait pas été soumis pendant sa vie à un traitement qui a pu modifier considérablement la lésion du rétrécissement, de sorte que l'autopsie fasse presque toujours quelque chose à désirer. On conçoit donc que M. le docteur Corradi ait été conduit, faute de renseignements anatomiques suffisants, à faire reposer principalement sur l'observation clinique la classification des rétrécissements de l'urètre. Il y a néanmoins un fait anatomique que ses prédécesseurs, notamment M. Alph. Guérin, avaient déjà signalé, et que ses propres dissections ont pleinement confirmé : c'est que le tissu modulaire, décrit par Rayhard comme la lésion anatomique commune à tous les rétrécissements organiques, n'existe que dans les cas très-rares où le rétrécissement est produit par une cause traumatique.

Digitized by Google

C'est là le fait essentiel qui domine toute la pratique de M. Corradi. L'uréthrotomie, suivant lui, doit être réservée exclusivement pour les cas de rétrécissement modulaire, c'est-à-dire traumatique. Il la rejette dans tous les autres cas, il rejette également toutes les autres opérations violentes, et il pense que la méthode de la dilatation, injustement abandonnée, depuis quelque temps, par beaucoup de chirurgiens imbus des idées de Reyhard, doit reprendre toute sa prééminence.

Il reconnaît toutefois que la dilatation progressive avec des bougies, procède, au début du traitement, avec une lenteur capable de décourager les malades et de lasser les chirurgiens. On sait en effet que les bougies fines, par lesquelles on est presque toujours obligé de commencer, ont une telle souplesse, qu'elles plient au moindre obstacle; elles ne peuvent donc exercer qu'une action dilatatrice très-faible, c'est seulement lorsqu'on arrive à passer des bougies des nos 11 et 12 que la dilatation marche rapidement, mais jusque-là on peut perdre beaucoup de temps, et cette lenteur extrême, qui peut faire durer le traitement plusieurs mois, est certainement l'un des motifs qui ont conduit beaucoup de chirurgiens à donner la préférence à la méthode plus grave, mais beaucoup plus prompte, de l'uréthrotomie.

Supprimer la longue période du début du traitement par la dilatation, tel est le but que s'est proposé M. le docteur Corradi. Partant de cette notion que les rétrécissements non modulaires ne sauraient opposer une grande résistance, il a imaginé un instrument destiné à pratiquer instantanément la dilatation des rétrécissements jusqu'au degré d'amplitude qui permet d'introduire des bougies des nos 11 et 12. Cette variété de dilatation forcée diffère de celle qui a été usitée jusqu'ici par ce caractère important qu'elle n'excède jamais les limites de l'élasticité de la muqueuse et du tissu propre de l'uréthre, qu'elle ne divise pas les tissus, qu'elle ne les

fait pas éclater, qu'elle n'y produit ni hémorrhagie ni inflammation, qu'elle ne provoque même presque aucune douleur.

L'instrument de M. Corradi consiste en une tige droite métallique et fine, composée de deux fils d'argent parallèles unis par soudure à leur extrémité vésicale, et libres dans le reste de leur étendue. L'un des fils, plus fin que l'autre, peut être raccourci à l'aide d'un petit mécanisme adapté au pavillon extérieur. Lorsque ce fil se raccourcit, l'autre se sépare de lui comme un arc de sa corde. Lorsqu'on relâche le fil fin, l'arc se redresse en se confondant avec sa corde, et l'instrument rectiligne, mais flexible, n'a plus que 1 millimètre de diamètre. On l'introduit ainsi jusqu'au delà du rétrécissement, puis on l'ouvre et on le retire lentement, en opérant une dilatation transversale, à peine douloureuse, qui ne fait pas couler une goutte de sang, et immédiatement après on introduit sans difficulté une bougie du calibre n° 12. Les jours suivants, on augmente rapidement le volume de la bougie, et il suffit en général de moins de quinze jours, quelquefois il suffit d'une seule semaine pour arriver au terme de la dilatation.

M. Corradi ne prétend pas que son procédé soit supérieur, sous le rapport de la récidive, à la dilatation ordinaire. Il pense qu'aucun procédé ne met à l'abri de la récidive, et ne dispense les malades de la nécessité d'introduire de loin en loin une sonde dans l'urèthre. Cet argument de la récidive, invoqué contre la dilatation, on peut l'invoquer aussi bien contre les autres méthodes, et dès lors la dilatation reprend l'avantage qui ressort de son innocuité, elle le reprend surtout grâce à l'innovation heureuse qui permet de supprimer la longue période du début et d'abréger beaucoup le traitement.

Cette rapide analyse vous montre, messieurs, que le mémoire manuscrit de M. Corradi est un travail important dont tous les éléments s'enchaînent d'une manière logi-

Digitized by Google

que Nous croyons devoir vous signaler les qualités scientifiques de l'auteur, qui ne s'est pas borné à vous envoyer une brochure ou un instrument, et qui a tenu à vous soumettre un mémoire digne d'être présenté à une Académie Par ces qualités, l'auteur s'élève déjà au-dessus de ses compétiteurs; mais ce qui nous a frappé surtout, ce sont les efforts utiles qu'il a faits pour ramener la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre dans une voie de prudence que beaucoup de chirurgiens ont abandonnée.

A plusieurs reprises déjà, il s'est produit dans la chirurgie une réaction plus ou moins durable contre la vieille méthode de la dilatation progressive Comme elle ne répondait pas à toutes les espérances, qu'elle était lente dans son action et qu'elle laissait souvent la récidive se produire, il était naturel que l'on cherchât des méthodes plus promptes et d'un effet plus durable. C'est ainsi qu'on a vu s'élever successivement contre elle les partisans de la cautérisation, de l'éclatement, de l'uréthrotomie interne, de l'uréthrotomie externe avec ou sans conducteur, de la galvanocaustie, de l'électrolyse, etc Ne nous en plaignons pas, si ces nombreuses méthodes n'ont pas toujours répondu à l'attente de leurs inventeurs, elles ont du moins enrichi la pratique de ressources nouvelles, qui toutes peuvent trouver d'utiles applications dans certains cas particuliers.

Parmi ces méthodes, celle qui a obtenu le plus de faveur, c'est l'uréthrotomie interne, et l'Académie a singulièrement contribué à ce succès en décernant, il y a dix-huit ans, le prix d'Argenteuil au mémoire de Reybard Le motif qui décida vos commissaires à couronner ce travail, ce ne fut ni la nouveauté de la méthode, car l'uréthrotomie avait été pratiquée avant Reybard, ni le mérite de l'invention instrumentale, car sous ce rapport l'instrument de Reybard ne pouvait être cité comme un modèle de perfection; ce furent des considérations d'un

ordre plus élevé qui firent pencher la balance. L'uréthrotome n'avait été jusqu'alors qu'une opération purement empirique, qu'un moyen rapide d'ouvrir passage aux grosses sondes. Reybard, pour la première fois, lui donna le caractère d'une opération basée sur des indications bien déterminées. C'était l'époque où Gerdy, généralisant les idées de Delpech sur la rétraction du tissu modulaire, venait de démontrer que les tissus albugines, soumis à l'inflammation chronique, se comportent et se rétractent comme de véritables modules. De cette doctrine, Reybard avait cru pouvoir déduire toute la théorie des rétrécissements uréthraux. Les pièces relatives à cette affection, rares même aujourd'hui dans les musées, étaient alors bien plus rares encore. Cette pénurie s'explique aisément si l'on songe que les rétrécissements ordinaires déterminent rarement la mort, les malades qui succombent sont ceux dont les rétrécissements se compliquent d'accidents inflammatoires, de suppuration de fistules, toutes circonstances capables d'amener consécutivement la formation d'un tissu modulaire. On comprend ainsi comment Reybard, ayant étudié principalement ces cas exceptionnels, a pu prendre les complications pour la lésion essentielle, et comment il a été conduit à attribuer la production de tous les rétrécissements organiques de l'urèthre à la formation et à la rétraction d'un tissu modulaire, qui n'existe en réalité que dans les cas de rétrécissement traumatique. Or, tout le monde connaît les propriétés du tissu modulaire en général, on sait que s'il peut céder pour un temps à l'extension ou à la dilatation, il reprend presque toujours, dès qu'on l'abandonne à lui-même, sa propriété de rétraction. De cette notion découlait tout naturellement l'indication d'inciser le tissu rétractile, et de l'inciser dans toute son épaisseur, et de la sorte la méthode de l'uréthrotomie interne put paraître assise sur la base solide de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il faut bien le dire, le peu que l'on connaissait

Digitized by Google

alors sur l'anatomie pathologique des rétrécissements urétraux semblait confirmer pleinement la doctrine de Reybard, cette doctrine d'ailleurs étant parfaitement vraie pour ce qui concerne les rétrécissements traumatiques. En l'appliquant par extension aux autres espèces de rétrécissements, Reybard avait donc pour lui de grandes probabilités, et l'Académie, en couronnant ses recherches, rendit un jugement pleinement conforme à l'ensemble des connaissances acquises à cette époque.

Mais depuis lors deux ordres de faits sont venus changer la face de la question. D'une part, l'uréthrotomie, pénétrant rapidement dans la pratique, a été exécutée un très-grand nombre de fois ; elle est devenue, pour beaucoup de chirurgiens, une méthode presque exclusive. On a pu ainsi en apprécier la gravité, et l'on a pu constater surtout qu'elle ne met nullement à l'abri de la récidive.

D'une autre part, les recherches anatomo-pathologiques, parmi lesquelles celles de M. Alph. Guérin doivent être citées en première ligne, ont prouvé que le tissu modulaire n'existe, comme élément primitif, que dans les cas de rétrécissements traumatiques, c'est-à-dire dans des cas exceptionnels.

Les considérations théoriques qui avaient paru établir la supériorité de cette opération ont donc perdu toute leur valeur, en même temps que les espérances qu'elle avait fait concevoir étaient déçues. Elle doit conserver une place importante dans la chirurgie, puisqu'elle remplit elle seule la véritable indication thérapeutique dans des cas d'un ordre déterminé, mais elle ne peut plus prétendre à devenir la méthode générale du traitement des rétrécissements urétraux, et elle doit céder le pas à la vieille méthode de la dilatation qu'elle a eu l'ambition de remplacer, et qu'elle avait supplantée effectivement dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens. C'est dans cette pensée que vos commissaires ont accordé une attention

toute particulière aux recherches de M le docteur Corradi, dont l'ingénieux procédé, en abrégeant considérablement la durée du traitement par la dilatation, fait disparaître la principale objection que l'on pouvait diriger contre cette méthode Ils ont pensé que l'invention de cet honorable confrère constituait un progrès réel, et était appelée à exercer une influence salutaire sur la pratique Ce serait peut-être en exagérer l'importance que de décerner à l'auteur le prix d'Argenteuil tout entier, mais nous vous proposons de lui décerner une récompense de 5000 francs.

Nous venons, messieurs, de passer en revue le premier groupe des mémoires adressés à l'Académie pour le concours du prix d'Argenteuil celui qui se rapporte au traitement des rétrécissements uréthraux Parmi ces mémoires, trois nous ont paru dignes de participer à la récompense que vous êtes appelés à décerner.

Dès lors, aux termes mêmes du testament du marquis d'Argenteuil, la récompense ne peut plus être accordée aux travaux qui constituent notre second groupe, et qui se rapportent aux autres maladies des organes génito-urinaires, et vous jugerez sans doute comme nous qu'il serait superflu de vous en présenter l'analyse.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer de décerner

1° Une récompense de 5000 francs à M le docteur Corradi, professeur suppléant de chirurgie à Florence auteur du mémoire n° 6.

2° Une récompense de 2000 francs à MM les docteurs Mallez et Tripier, auteurs du mémoire n° 8.

3° Un encouragement de 1000 francs à M le docteur Reliquet, auteur de l'ouvrage qui porte le n° 5.

AU LECTEUR

J'ai beaucoup hésité avant de permettre la publication de ce mémoire, car je suis le premier à reconnaître qu'il manque des qualités requises pour qu'un ouvrage soit admis aux honneurs de l'impression. Ce travail a été fait dans une autre intention, et le résultat, je dois le dire, a dépassé toutes mes espérances. Quoiqu'il en soit, j'ai dû céder aux nombreuses demandes qui m'ont été adressées, aux prières de mes amis, et aux sollicitations de MM. Cammelli, frères, éditeurs, que je suis heureux de remercier ici publiquement du zèle et de l'intérêt qu'ils m'ont montrés.

Puisque je me suis décidé à publier mon mémoire couronné par l'Académie Impériale de Médecine, je saisis avec empressement cette occasion pour exprimer mes sentiments de vive reconnaissance envers les membres de la Commission qui ont bien voulu m'accorder cette haute distinction honorifique.

La Commission a dit dans son rapport qu'elle se limitait à porter un jugement sur la question des rétrécissements de l'urethre; ce qui est d'autant plus flatteur pour moi, puisqu'en s'en tenant à la volonté du testateur, le Marquis d'Argenteuil, elle a trouvé que cette partie de mon travail méritait à elle seule une récompense si honorable pour moi. Ainsi donc mon corps de réserve, qui se composait d'un chapitre sur les fistu-

les vésico-vaginales, d'un autre sur la taille, etc., n'a pas eu besoin de donner pour le gain de la bataille. Je n'en suis pas moins convaincu que le travail sur les fistules sera également bien accueilli, car ma méthode opératoire m'a donné les résultats les plus heureux. Ces jours derniers j'ai encore opéré une dame qui depuis 23 ans avait une fistule vésico-utéro-vaginale (Jobert). La fistule était survenue après un accouchement des plus laborieux qui avait nécessité l'application du forceps faite par le Prof. Regnoli. Le fœtus était mort et présentait les signes d'une putréfaction avancée. Le vagin était dans toute sa longueur très-rétréci, enflammé, excorié, les tissus autour de la fistule durcis et rendus sur quelques points presque cartilagineux par les cautérisations répétées et la longue durée de la maladie. Cette dame avait été à diverses époques confiée aux soins des chirurgiens les plus distingués de Florence, il suffira de rappeler les Prof. Mazzoni, Regnoli, Ranzi et Zannetti. Je pratiquai l'opération qui, y compris deux longs repos accordés à l'opérée, dura environ une demi-heure. Dans le traitement consécutif la malade n'a pas même éprouvé la moindre douleur de tête; j'enlevai au dixième jour une partie des points de suture, les autres au quatorzième, et le seizième, après avoir enlevé la sonde, la vessie fonctionnait librement. La place de la fistule est maintenant occupée par une cicatrice très-forte et complète. (*Voir l'Imparziale*. A. X, n° 11. 1er juin 1870)

J'appelle donc l'attention du public médical sur mon corps de réserve qui n'a point été engagé dans la lutte. Quant au corps de bataille qui seul a essuyé le feu, il a subi quelques pertes, comme il fallait s'y attendre, et je profiterai de cette occasion pour en ranger les files un peu éclaircies. Il me semble cependant que quelques attaques ne sont pas tout-à-fait de bonne guerre, et je demande la permission d'y répondre.

Il est dit dans le Rapport que le chapitre sur l'ana-

tome « ne renferme rien d'absolument nouveau ». Assurément la gêne de Malgaigne a jeté une vive lumière sur toutes les questions soulevées par la chirurgie moderne; je le reconnais sans peine, comme je sais fort bien qu'il ne s'agit pas, en fait d'anatomie topographique, de découvrir un nouveau nerf ou quelque autre organe; mais, si je ne me fais pas entièrement illusion, je crois avoir été le premier à établir les rapports des parties profondes du périnée avec la ligne coccy-pubienne, et je pense que mes préparations m'ont donné des résultats sur les rapports anatomo-topographiques si dissemblables de ceux obtenus par les autres anatomistes qu'ils peuvent présenter aux chirurgiens de nouvelles données anatomiques.

Le Rapport contient ailleurs ces mots: « D'une manière générale, nous remarquons que M. Corradi fait trop peu de cas de l'anatomie pathologique: il est bien vrai que, dans le cas particulier des rétrécissements uréthraux, l'anatomie pathologique n'a pas encore donné de résultats complets et satisfaisants, ce n'était pourtant pas une raison pour établir en principe général comme il l'a fait, la subordination de cette science à la clinique. Mais nous devons reconnaître avec l'auteur que les troubles fonctionnels, qui accompagnent les rétrécissements sont loin d'être toujours proportionnels à l'intensité de la lésion. » Et d'abord on me fait le tort de croire que l'étude particulière d'un seul sujet puisse me dicter mes convictions, mes opinions, mes principes scientifiques. La pathologie générale, que je professe, quelle qu'en soit la valeur, est au-dessus et domine toute la pathologie spéciale ainsi que la pratique. Ensuite ce n'est pas la première fois que j'exprime mon opinion sur l'anatomie pathologique. Le médecin met le pied dans la clinique, accompagné de la physiologie, de la chimie, de l'anatomie normale, pathologique, microscopique, etc. Il tâche à l'aide de ces moyens d'inter-

prêter de son mieux ce grand livre de la nature, le malade. Il est évident que le médecin étudie le malade d'une façon qui lui est toute particulière, en tenant compte de tous les attributs de la maladie. Cela ne veut point dire que l'on subordonne ainsi l'anatomie ou la physiologie à la clinique ou réciproquement celle-ci à celle-là. Quant aux classifications on ne doit jamais oublier que ce ne sont que des artifices de l'esprit humain pour faciliter l'étude et l'exposition de certains sujets complexes, et simplement pour aider la mémoire. C'est tout ce qu'on peut leur demander; et puisque les classifications n'ont qu'un intérêt très-secondaire dans la science, il est naturel que le chimiste ait sa classification, que l'anatomiste et le physiologiste en aient une autre qui leur soit propre, et que le clinicien ait aussi la sienne; car, quelque étroite que soit l'affinité qui relie ces sciences les unes aux autres, il n'en est pas moins vrai qu'elles diffèrent entre elles. Il en est et il en sera toujours ainsi tant que la médecine devra procéder par la méthode d'analyse, si toutefois on verra jamais le jour où la synthèse scientifique de toutes les connaissances sera possible pour constituer une seule science dont le sujet sera l'*homme*. Je laisse donc pleine et entière liberté à l'anatomiste, au physiologiste, au chimiste de se faire leur propre classification, mais j'entends et je prétends que le clinicien ait aussi la sienne. L'anatomie pathologique recueille la catégorie des attributs les plus sensibles, les plus constants des maladies; naturellement ces attributs sont de la plus haute importance pour faire une classification, mais ils ne représentent pas à eux seuls l'ensemble de tous les attributs, et pourtant la classification anatomique ne peut entièrement satisfaire le clinicien. Aussi longtemps que nous voudrons subordonner un ordre de connaissances à un autre, une science à une autre, nos écoles garderont toujours la vieille écorce des systèmes, qui ne

servent qu'à cacher la vérité. En médecine le système est l'ennemi du vrai, peu importe qu'il soit le produit de la philosophie (comme furent les systèmes des anciens); de la mécanique et de la chimie (iatro-mécaniciens, iatro-chimistes), ou si l'on veut de la physiologie et de l'anatomie. Le médecin, obligé d'étudier le malade sous le triple aspect de l'étiologie, de la séméiotique et de la thérapie, classe les maladies suivant ces trois ordres d'attributs. Ce sont là les raisons qui m'ont conduit à établir en point de vue clinique cinq espèces de rétrécissements, sans trop m'inquiéter si le fait anatomique viendrait pleinement confirmer ma classification.

La commission de l'Académie Impériale de Médecine n'a pas trouvé qu'au point de vue anatomique on puisse distinguer les rétrécissements atrophiques de ceux dont j'ai formé le cinquième groupe, et qui réunissent l'atrophie à la sclérose, parce que, a-t-il été dit, on ne peut tracer une ligne précise de démarcation. Mais c'est ce qu'on peut dire de toutes les classifications, précisément parceque les classifications sont de simples artifices et non des réalités. Combien n'est-il pas difficile de tracer une limite exacte entre les êtres inorganiques et organiques? Combien n'a-t-on pas discuté sur les limites exactes entre le règne minéral, le végétal et l'animal? Le temps, en se divisant en siècles, est-il renfermé dans des limites naturelles? Où est la limite exacte entre la raison et la folie? Et comment pouvons-nous avoir la prétention de tracer ces limites exactes entre les diverses maladies et surtout entre maladies qui affectent le même organe et, ce qui est encore plus difficile, entre maladies qui ont en commun une certaine catégorie de symptômes? Voyons plutôt si dans les faits les plus saillants, là où d'un côté l'atrophie seule existe et de l'autre la sclérose très-marquée, il n'y aurait pas une grande différence entre eux deux, non seulement au point de vue clinique,

mais encore au point de vue anatomique; voyons alors si cette classification est entièrement oiseuse ou si elle présente quelque avantage pour l'exposition plus facile de la matière (but de toute classification). La question réduite dans ces termes, faut-il conserver la cinquième classe de rétrécissements? Je crois que oui.

Ces observations, que je fais sur le rapport de la Commission, sont loin d'être inspirées par le moindre ressentiment; mais je dois les faire pour donner une exposition plus exacte de mes pensées, que probablement j'ai exprimées dans mon travail avec trop de brièveté et pas assez de clarté. — D'ailleurs la manière pleine de courtoisie et l'intérêt avec lesquels cette illustre Commission a parlé de mon mémoire remplissent mon cœur de la plus vive reconnaissance; j'ai encore été bien agréablement satisfait, en voyant avec quelle parfaite exactitude les membres de cette illustre Commission ont noté l'esprit dont j'ai été animé en écrivant ma thèse et qui consiste à soutenir par toutes les preuves possibles la méthode de la dilatation, et à combattre sans merci l'uréthrotome comme méthode générale. La Commission à laquelle je renouvelle mes remerciements et l'expression de mon profond respect, me permettra-t-elle encore une dernière observation sur son rapport? Pour rendre courte et même très-courte la première période du traitement des rétrécissements (jusqu'au n° 10 ou 12), je me sers non seulement de mon dilatateur à arclet, mais encore de mes algalies métalliques et du dilatateur en chapelet. Ce dernier instrument présente sur tous les autres connus jusqu'à ce jour l'avantage suivant: si l'on relâche le fil, c'est une bougie molle à sa pointe comme de la cire; si on le tend, les grains, se pressent les uns sur les autres et constituent une bougie presque inflexible. Le chirurgien a donc entre les mains un instrument qui peut devenir

à volonté et dans les divers moments de l'exploration une bougie molle comme la cire ou inflexible.

Je dois, avant de terminer ces quelques mots prévoir le lecteur que j'ai textuellement reproduit dans cet ouvrage le travail sur les rétrécissements, parce qu'il a eu l'honneur d'être apprécié par la Commission. Quant aux autres parties du mémoire que la Commission a laissées de côté, j'ai pris la liberté d'y faire quelques retouches, puisque ces chapitres n'ont pas été jugés par l'Académie et qu'il sont mis pour la première fois sous les yeux du public, j'ai cru pouvoir leur donner un dernier coup de pinceau afin qu'ils fussent plus présentables. C'est surtout à l'appareil instrumental que j'ai fait quelques modifications et je me suis attaché à décrire avec plus de précision certains instruments.

J'ai voulu aussi profiter de l'impression de ce livre pour offrir au public médical la description d'un nouvel instrument que j'ai imaginé en janvier dernier. Il m'a semblé plus convenable de le décrire ici que d'en faire le sujet d'un article de journal. Je n'ai pas voulu non plus en retarder la communication au public jusqu'à la publication d'un autre travail que je prépare, parcequo nombre de personnes le connaissent déjà, et je courrais le risque de le voir présenter avec quelque légère modification sous le nom d'un autre inventeur. Je veux parler d'un nouveau cathéter pour l'opération de la taille.

Florence, 15 Juin 1870.

JOSEPH CORRADI

AVANT-PROPOS

C'est au lit du malade que nous devons trouver la sanction de nos opinions théoriques, celles qui ne peuvent supporter l'épreuve de l'observation clinique, doivent être ou corrigées ou mises de côté. Chargé d'enseigner, depuis nombre d'années, la médecine opératoire, je me suis appliqué avec une sorte de prédilection à étudier les affections des voies urinaires, et je crois que mes recherches sur les rétrécissements de l'urèthre et sur d'autres points ne manquent pas d'une certaine originalité. J'ai soumis mes idées au creuset de la pratique qui est venue les confirmer au delà de mes espérances. Après que tout l'enseignement clinique et théorique de la Chirurgie m'eut été confié pour un temps, j'eus l'opportunité de donner au public, en présence des élèves, la démonstration de mes vues sur la pathologie des rétrécissements, de mes instruments et de mon procédé opératoire pour les guérir. Il ne me restait plus qu'à les publier pour en donner connaissance au public. Mais il n'est pas rare de trouver dans l'histoire de notre art des exemples d'opérations qui, tout en ayant donné les plus heureux résultats, n'ont pourtant obtenu le droit de cité dans la science

qu'après être entrées dans la pratique de chirurgiens illustres, ou avoir mérité l'approbation de quelque corps scientifique d'une grande autorité. Assurément ni mon nom ni ma pratique personnelle n'avaient assez d'autorité pour recommander au public médical mes opinions, mes instruments, ma manière d'opérer; j'attendois l'occasion de pouvoir les soumettre au jugement d'une illustre Académie. Pouvais-je en trouver une plus propice que dans la circonstance solennelle où les illustrations de la chirurgie françaises se réunissent en tribunal suprême pour juger et récompenser les progrès qu'ont fait depuis six ans la science et l'art sur les maladies des voies urinaires? Si mes opinions, mes instruments, mon procédé opératoire obtenaient un accueil favorable de la part de cet auguste tribunal, pourrais-je hésiter encore à publier et à présenter au public médical mon traité sur les rétrécissements de l'urèthre? Loin de moi l'intention de fatiguer la Commission pour le prix d'Argenteuil par la lecture d'un long traité sur la matière; ce mémoire que je lui présente, n'est que le résumé contenant la partie originale de mes propres études, dépouillée de tous les sujets d'érudition qui naturellement doivent se trouver dans tout traité moderne. C'est ainsi que j'ai cru devoir tenir la plus grande réserve dans la critique des opinions d'autrui, puisque mes paroles s'adressent précisément à ceux qui sont chargés de cette mission. Je dois encore avouer que c'est pour moi une grande difficulté d'être obligé d'écrire dans une langue étrangère; et j'ose espérer que mes juges voudront bien tenir compte de l'obscurité que peut jeter sur ma pensée un langage défectueux et dénué de propriété

Ce travail se présentant dépouillé de tout appareil scientifique manque d'unité et de proportions, mais je suis persuadé que la Commission me saura gré d'avoir réuni en peu de pages tout ce qui dans mon traité m'est personnel et peut par conséquent être sujet à la critique. Au lieu de m'étendre longuement sur la question des rétrécissements de l'urèthre, au lieu de ressasser des choses répétées cent fois, j'ai pensé qu'il valait mieux appeler l'attention bienveillante de la Commission sur d'autres points de mon Traité sur les affections des voies urinaires parce que je desire avoir son opinion sur cette autre partie de mes études.

Je parlerai de mon procédé opératoire pour la guerison des fistules vésico-vaginales.

J'ajouterai, en forme d'appendice à la note sur les fistules, un procédé pour la taille chez la femme.

Je ferai suivre egalement comme appendice à la partie qui traite des retrécissements un procédé qui m'appartient pour l'extraction des grosses pierres de la vessie chez l'homme.

La clinique m'a eté favorable; si le jugement sans appel de cette illustre Academie m'est aussi encourageant, j'aurai certes pour moi l'opinion publique.

CONSIDÉRATIONS

Sur l'anatomie topographique de l'urèthre, de la vessie et des organes adjacents.

Dans les deux enseignements, clinique et théorique, j'ai constamment pris pour point de départ l'anatomie de l'urèthre qui, même à l'état normal, présente des rétrécissements; je l'ai fait suivre de la description des instruments et des règles que l'on doit observer pour franchir ces obstacles physiologiques. Ces notions préliminaires m'ont conduit à parler des rétrécissements morbides et des moyens les plus propres à leur guérison. Je n'ai pas l'intention de faire dans ce paragraphe une description détaillée et complète de la région où sont situés ces organes. Pourtant, comme les études spéciales que j'ai faites de leur anatomie m'ont donné des résultats topographiques qui s'éloignent en partie de ceux que l'on peut lire dans les traités classiques même les plus récents, je me crois obligé de les exposer ici, sous forme de description sommaire de la région, d'autant plus qu'il est de la plus haute importance de bien fixer les données anatomiques nécessaires à mon sujet et qui lui serviront de fondement. Les différences que l'on remarquera dans ma description et qui portent plus particulièrement sur la situation, les dimensions, les rétrécissements, et les dilatations normales de l'urèthre, sont le résultat de nombreuses

expériences sur le cadavre et des données fournies par l'exploration de l'urèthre au lit du malade (1).

Je suppose l'homme debout, et en commençant la description par les parties profondes, j'établis comme limite inférieure le plan périnéal. J'enlève la

---

(1) Voici comment j'ai exécuté mes expériences sur le cadavre. Je fais une incision sur la ligne médiane partant de la région hypogastrique... se prolongeant sur la symphyse jusqu'à l'arcade du pubis, en coupant le ligament suspenseur, reprenant l'incision à partir de l'extrémité du coccyx, je la prolonge en haut, latéralement aux apophyses épineuses du sacrum jusqu'à l'avant-dernière vertèbre lombaire. Sur cette ligne... au moyen de petites scies et de la scie à chaîne, je divise le sacrum et le pubis. En rendant plus profonde l'incision hypogastrique, je mets à découvert la vessie, j'y pratique une petite ouverture qui me sert à y fixer par une ligature un robinet. Le cadavre est maintenu dans la position verticale, la verge dans une direction déterminée, et j'adapte sur l'orifice de l'urèthre une pince à pression constante. J'injecte alors par le robinet un liquide solidifiable. Dans le grand nombre d'expériences que j'ai exécutées, je me suis servi de diverses substances : le plâtre seul ou mélangé à d'autres matières, la cire, le suif, le spermaceti, etc. m'a donné les meilleurs résultats. Dès que le liquide injecté commence à couler par l'urèthre, je serre la pince, je pousse encore un peu l'injection après quoi je ferme le robinet. Après le temps nécessaire pour laisser le liquide se solidifier, je complète peu à peu la division de la ligne médiane en incisant les parties molles, tout en passant dans diverses directions des fils métalliques afin de sonder les viscères entre eux comme dans un filet et conserver leurs rapports mutuels. Une incision transversale semi-circulaire réunit les deux extrémités hypogastrique et lombaire de la grande incision sur la ligne médiane : la moitié du bassin avec le membre correspondant est enlevée, et tous les organes intérieurs restent exactement en place. Si le plâtre s'est rompu en quelque endroit, j'ai pu facilement raccorder les morceaux entre eux avec la plus grande précision, en sorte que j'ai pu non seulement étudier à loisir les organes, mais encore les dessiner avec précision. Pour en lever le dessin, j'applique sur la préparation du papier transparent, et j'y trace les contours, les lignes principales, en un mot je calque le cadavre. Tel est le procédé que j'ai suivi dans le cours de mes recherches anatomiques. Quoique les moyens de congeler les cadavres ne m'aurait pas fait défaut dans notre cabinet

verge et le scrotum. Le plan périnéal (pubi-périnéo-anal) a la forme d'un triangle dont la base repose sur le bord du pubis, et le sommet se trouve au coccyx. Mais si l'on fait prendre au cadavre la position que l'on donne au malade pour l'opération de la taille, le triangle est renversé : les deux angles de la base sont aux deux branches ascendantes de l'ischion et le sommet à l'extrémité antérieure de la symphyse pubienne.

Ces variations importent peu pour le moment, de même que le plus ou moins d'épaisseur de la couche de graisse qui rembourre le périnée et qui, en rapprochant et même en mettant en contact les cuisses, fait perdre à la région cette forme triangulaire. C'est sur ce plan dépouillé de toutes les couches adipeuses que repose profondément et en haut la vessie, plus en bas la prostate et l'urèthre prostatique; enfin la portion membraneuse est en rapport direct avec le même plan.

Ces rapports peuvent être considérés comme constants, tandisque ceux qui existent entre ces mêmes organes et le plan antérieur du corps sont des plus variables; et partant les règles pratiques que l'on en tire trompent souvent. Il est tout aussi inutile

---

anatomique, ce qui d'ailleurs m'aurait coûté moins de peine et de temps, néanmoins j'ai donné la préférence à mon procédé, parce que les essais que j'ai pratiqués avec la congélation m'ont donné des résultats qui se rapprochent beaucoup de ceux fournis par le *roissage*, résultats qui dans les deux cas s'éloignent considérablement de la réalité, parceque les divers tissus ressentent inégalement l'action astringente ou solidifiante du froid ou du calorique. Il est presque inutile de déclarer que les résultats que j'indique sont la moyenne de ceux que m'ont fournis de nombreuses dissections et qu'ils représentent comme le type de l'homme adulte et bien conformé.

d'établir des rapports avec l'axe du corps ou du bassin ou avec d'autres lignes, par exemple la ligne ombilico-coccygienne, puisqu'elles varient suivant les circonstances et qu'elles ne peuvent être facilement reconnues ni par la vue ni par le toucher. Pour aller du connu à l'inconnu, j'ai toujours fait ressortir dans mon enseignement public l'importance du plan périnéal, car il est invariable dans ses rapports avec les organes voisins, et quelle que soit la position que l'on donne au malade, on peut toujours s'assurer par la vue ou le toucher de sa position véritable, puisqu'il est fixé par des points osseux (extrémité du coccyx, tubérosités ischiatiques et symphyse du pubis) Il peut donc servir à nous donner des règles sûres pour les opérations. Pour rendre encore plus simple l'étude des rapports, on peut se dispenser d'étudier le plan dans son entier; il suffit d'en connaître seulement un diamètre, celui qui est dans la direction du plan médian du corps parce que l'urèthre suit dans son parcours ce même plan médian. Je ne prétends pas faire connaître ici rien de nouveau; mais les applications en chirurgie en sont pour le moins peu répandues parmi les praticiens. N'ignore-t-on pas que le coccyx est plus élevé que le pubis sur la ligne horizontale? Ne sait-on pas que le corps du pubis a une face qui regarde en bas et l'autre en haut? Mais la force de la routine est si grande que l'on continue encore aujourd'hui à les appeler face antérieure et face postérieure, ce qui n'est pas sans inconvénients pour les étudiants. Une ligne horizontale tirée du sommet du coccyx, P. I. b, rencontre le pubis vers le milieu de sa face supérieure, a, mais si à partir du coccyx on tire une ligne sur la face inférieure

Google

du pubis, et qu'on la prolonge, elle ne quittera la symphyse que vers son milieu, o. Cette ligne dans tout son parcours n'est pas tout à fait droite, mais à peine courbe. Pour en fixer les limites, le chirurgien n'a qu'à en marquer les points extrêmes, b, o, (le coccyx et le milieu de la symphyse), avec deux doigts de la main comme avec un compas, ce que je ne saurais trop lui recommander de faire avant de pratiquer l'opération de la taille ou toute autre manœuvre sur l'urèthre et la vessie. La profondeur du périnée, qui offre tant de variétés suivant les individus, dépend presque entièrement de l'abondance des parties molles qui sont situées au-dessous de cette ligne, tandis qu'au-dessus la hauteur du périnée est presque constante. Cette ligne légèrement courbe a une longueur de 11 centimètres, elle passe entre la prostate et le bulbe uréthral elle rencontre sur son passage la portion membraneuse de l'urèthre qui, ainsi que nous le verrons, en suit presque la direction. Commençons donc par fixer dans la station debout les rapports des parties qui sont au dessus de cette ligne pour passer ensuite à la description de celles qui se trouvent au-dessous.

La vessie, m, est située dans l'excavation du bassin, et quand elle est dilatée par une trop grande quantité d'urine, elle refoule en haut les intestins et se modèle sur l'excavation même. Elle prend alors la forme et la situation d'un citron couché sur une table, le petit bout se trouve en avant, et le grosse extrémité va se cacher dans la courbure du sacrum. Quand la vessie est vide, elle ne revient pas sur elle même d'une manière uniforme, et si on se la représente divisée par le milieu par un plan horizontal, on

verra que la moitié supérieure s'affausse et retombe sur l'inférieure. Les autres diamètres subissent peu de modifications ce n'est vraiment que la moitié supérieure de la vessie qui varie beaucoup dans ses rapports, et il suffit de rappeler qu'elle peut atteindre et même dépasser l'ombilic. Les rapports de la moitié inférieure sont au contraire presque toujours les mêmes. On peut la diviser en trois portions l'une antérieure qui repose sur la face supérieure du pubis; une moyenne qui est soutenue par l'aponévrose périnéale profonde, au-dessous se trouve la prostate; enfin la portion postérieure est en rapport avec le rectum et les vésicules séminales C'est au milieu de la moitié inférieure de la vessie que l'on rencontre son orifice, l, qui se soude et se continue avec le canal de l'urèthre Les aponévroses périnéales, moyenne et supérieure, maintiennent fixes la prostate, g, et le col de la vessie, de telle sorte que si le col de la vessie peut s'éloigner ou se rapprocher considérablement du point perpendiculaire de la ligne coccy-pubienne, il ne peut guère changer ses rapports avec les deux points extrêmes, b, o, de cette ligne. Les nombreuses expériences que j'ai faites, me donnent le droit d'affirmer que le sphincter vésical est presque à égale distance de ces deux points, et que cette distance est de cinq centimètres Je ferai remarquer que la col de la vessie peut se déplacer davantage vers la symphyse que vers le coccyx, parce que les ligaments pubiens empêchent le déplacement dans cette dernière direction Si la vessie n'est pas très-dilatée et si elle ne contient pas de corps étranger, pesant et libre dans sa cavité et si la prostate a son volume normal, le point le plus bas est le col; dans le cas contraire les parties qui

supportent le vessie, cèdent différemment sous son poids. La portie postérieure du demi-ovoïde inférieur de la vessie, qui est le trigone vésical, descend alors dans un plan inférieur, et le trigone vesical s'affaisserait encore davantage s'il n'était soutenu par les uretères d'une part et antérieurement par la prostate, qui est maintenue par l'aponévrose périnéale profonde. La forme triangulaire du trigone dépend précisément de ces deux supports latéraux et postérieurs et de la prostate qui le supporte antérieurement. C'est là qu'ordinairement se place la pierre qui, après l'évacuation de l'urine, vient buter contre le col. Si elle est petite elle sort; si elle ne peut passer elle occasionne peu à peu et en raison de sa grosseur un relâchement et une dilatation du col vésical. Si l'on avait réfléchi à ce fait, on ne se serait pas donné la peine d'exécuter des expériences sur le cadavre pour démontrer l'impossibilité de la dilatation du sphincter vésical dans la cystotomie. Les fibres musculaires du sphincter à l'état de vie peuvent être considérablement dilatées, ce qui devient impossible sur le cadavre, bien plus, chez ceux qui ont la pierre, le sphincter est lentement préparé à subir une grande dilatation par le calcul lui-même. L'orifice de l'urèthre qui est situé, ainsi que je l'ai dit, au centre de l'ovoïde inférieur de la vessie, se trouve éloigné du milieu de la ligne coccy-pubienne d'un centimètre et demi, ou un peu plus, suivant la grosseur de la prostate qui, si elle est volumineuse, non seulement s'abaisse vers le périnée et la dernière courbe du rectum, mais encore déplace en haut et de quelques millimètres le col de la vessie. La ligne qui à partir de l'extrémité postérieure de la symphyse, c, se dirige

en haut et en arrière jusqu'à l'orifice vésical, l, a une longueur de trois cent., et la distance qui sépare le col de la vessie de l'anus, f, est également de trois centimètres. L'urèthre descend perpendiculairement du col de la vessie sur la ligne coccy pubienne, et forme un angle obtus en abandonnant la prostate. L'urethre prostatique prend dans son ensemble une forme olivaire, parce qu'il est comme étranglé à ses deux extremités. La paroi postérieure, en bas, fait un coude qu'elle se creuse dans la prostate elle-même, et aussitôt après se trouve la limite entre cette portion et la membraneuse. Nous rencontrons ici une de ces erreurs traditionnelles que les chirurgiens ont adoptée, les yeux fermés, depuis si longtemps. On donne pour règle dans la cystotomie périneale de respecter les limites de la prostate. Si l'incision d'un seul diamètre ne suffit pas, taillez, en, dit-on, deux-trois et même quatre. On est allé jusqu'à vouloir donner des demonstrations géométriques. Je ne dirai rien de l'erreur commise en confondant un double diamètre avec une circonférence. (1) Je ne dirai rien de l'autre erreur que, tout en faisant plusieurs incisions, on ne pouvait supprimer la prostate qui n'en reste pas moins tout entière et qui doit bien occuper quelque place. Accordons encore que la prostate ait été enlevée ; et qu'à sa place on mette un calcul, si l'enveloppe

(1) En effet en incisant deux rayons opposés de la prostate que nous supposerons de 10 millimètres, soit 20 millimètres on n'aura pas ouvert le passage à une pierre qui aura 20 millimètres de diamètre mais seulement 10 millimètres de circonférence, soit 13 de diamètre, ce qui est bien différent et encore faut-il admettre que les deux surfaces produites par les deux incisions puissent former un cercle, ce qui est fort contestable

Digitized by Google

est restée intacte, un calcul qui ne serait pas plus gros que la prostate serait bien petit. Mais par où passeront tous les calculs plus volumineux? Qui sera assez habile pour ne pas entamer avec le bistouri l'aponevrose limitante? Enfin il ne faut pas oublier que la pierre est dans la vessie, et que pour l'en extraire il faut la faire passer à travers la prostate dont la circonférence a dû être respectée. Mais comment la pierre pourra-t-elle s'y engager? La prostate (qu'on la représente, si l'on veut, comme un anneau qui entoure l'urèthre, ce qui n'est pas) présente une ouverture qui est mesurée par le calibre de l'urèthre; elle touche la vessie par sa surface qui sera entamée, aussitôt que le couteau aura coupé l'urèthre. Il n'y a vraiment pas d'autre moyen ou dilater sans couper, ou couper c'est-à-dire dépasser les limites de la prostate. Enfin que dire de ceux qui, après avoir introduit dans la vessie un lithotome caché à une ou deux lames, après l'avoir ouvert, le retirent en coupant de dedans en dehors et ont ainsi la prétention de ne pas avoir dépassé les limites de la prostate? Pour moi je ne me flatte pas d'arriver à un tel résultat, je coupe sciemment toute la prostate; et après en avoir dépassé les limites avec une incision, je crois qu'il est inutile d'en faire d'autres. Ce que j'ai dit plus haut me donne plus de confiance, dans le plus grand nombre des cas, dans la dilatation du col de la vessie qui, à mon avis, peut effacer momentanément l'espèce de plancher formé par l'aponévrose profonde entre la prostate et la vessie, par conséquent je me dispense de porter l'incision, jusque sur le col vésical, que je me borne à dilater graduellement. Au moyen de cette incision de la

prostate et de la dilatation j'ai extrait des calculs volumineux dont l'un n'avait pas moins de 24 centimètres de circonférence et j'ai obtenu les plus heureux résultats. Si ma pratique manque d'autorité, j'en appelle à l'immense pratique de Chesselden, l'un des plus heureux opérateurs de la pierre. (1) Mais revenons à notre sujet

La portion membraneuse de l'urèthre se continue avec la précédente sous un angle obtus et même presque droit, en sorte que pour s'engager dans le bulbe elle descend d'un centimètre environ et se porte d'arrière en avant; elle suit presque la ligne coccy-pubienne et ne s'en éloigne que pour s'enfoncer dans le bulbe. C'est à cet angle obtus que je place la limite entre la portion membraneuse et la prostatique de l'urèthre. C'est là que l'urèthre est le plus proche du rectum. Ainsi donc si, pendant le cathétérisme, on tient un doigt dans la dernière courbure de cet organe l'extrémité de la sonde touchera presque le bout du doigt, lorsqu'elle se trouvera sur le point de s'engager dans la prostate. Ce qui est très-important, car au point de vue chirurgical on peut considérer l'urèthre comme rectiligne jusqu'à cette limite, en admettant bien entendu, que la verge soit située dans une direction donnée qui est le prolongement de la ligne coccy-pubienne. Au delà, l'urèthre change de direction et fait un angle presque droit. Que l'on tire la verge autant que l'on voudra, on ne pourra faire disparaître cet angle, les ligaments qui unissent

(1) Chesselden coupait souvent la prostate d'arrière en avant et de dehors en dedans! quelles limites de la prostate respectait-il alors?

la penis à la symphyse s'y opposent. Le cathétérisme rectiligne n'est possible pour cette raison que par le moyen suivant : La sonde droite, arrivée sur l'angle obtus qui sert de limite à la portion membraneuse et à la prostatique, représente alors un levier de deuxième genre ; elle a son point d'appui sur l'extrémité de la prostate, la puissance est au pavillon, les ligaments de la portion bulbeuse et l'aponévrose moyenne qui marque la limite de cette portion avec l'urèthre membraneux, forment la résistance. Abaissez le pavillon, et la portion bulbeuse et la membraneuse tendront à se mettre sur la même ligne que l'urèthre prostatique, tout en ne s'y plaçant pas parfaitement, parceque la résistance ne peut-être entierement surmontée. A ce point de l'opération, on doit transformer la sonde en un levier de premier genre, on prend le point d'appui sur l'extrémité de la portion bulbeuse (aponévrose moyenne périnéale), la pointe de la prostate devient la résistance, et en abaissant le pavillon, c'est-à-dire la puissance, naturellement on soulève la pointe de la prostate, et l'urèthre prostatique prendra la direction de la portion bulbeuse et de la membraneuse, l'angle aura disparu. Si je distingue ainsi le manuel operatoire en deux temps, ce n'est que pour en faciliter la description, et une main exercée, conduite par un tact exquis, execute tous ces mouvements sans s'arrêter et sans qu'il soit besoin de preciser les divers temps de l'opération (1). L'angle dont je viens de parler, est à egale distance

(1) Avec un cathéter rectiligne qui a le bec légèrement crochu on peut facilement pratiquer cette opération sur presque tous les urèthres; on peut encore faciliter beaucoup cette manœuvre en redressant le point de la prostate avec le bout du doigt introduit dans le rectum.

de l' anus et du sommet de l' arcade du pubis; cette distance est de deux centimètres et demi et il se trouve à cinq centimètres et demi de la pointe du coccyx. Passons maintenant la ligne coccy-pubienne et venons à l' examen des portions de l' urèthre qui sont au-dessous. C' est la portion membraneuse qui doit d'abord nous occuper. elle suit à peu près la direction de la ligne coccy-pubienne qu'elle taille en bas pour s' engager dans le bulbe, d' une longueur d' environ un centimètre et demi, elle est légèrement inclinée en bas et en avant, et se rapproche du sommet de l' arcade pubienne; ce qui fait que tandis que son extrémité prostatique en est éloignée de deux centim; elle ne l' est tout au plus que d' un centimètre, d, à son extremité bulbouse. L' urèthre membraneux ne s' implante pas sur l' extrémité du bulbe, mais bien sur un point de sa face supérieure; il glisse pendant un court trajet, environ 1 cent., sur le bulbe qui le protége et lui sert, pour ainsi dire, de coussinet. Cette partie libre du bulbe, e, est, suivant l' âge et suivant d' autres conditions individuelles, plus ou moins étendue, plus ou moins voisine de l'anus. En général, elle en est éloignée de 18 millimètres. Les fibres des muscles et des aponévroses du périnée se dirigent toutes vers le *raphé*, il s'en suit que la ligne médiane est dense, serrée et très-résistante. c'est comme une corde tendue entre l' anus et le bulbe de l' urèthre, elle est encore renforcée et se continue avec un plancher ligamenteux dont la description que nous croyons très-importante fait le sujet de la note suivante (1).

(1) Le muscle de Wilson, en embrassant et en passant sous l'urèthre membraneux, adhère fortement à la portion libre du bulbe, à sa

Dans la taille latéralisée l'incision ne dépasse pas cette corde, on est obligé d'aller chercher le col de la vessie par une ligne oblique, ce qui est loin d'être le chemin le plus court. Cette corde tendue empêche en outre l'affaissement des tissus qui forment le périnée; car si, on enlevant cet obstacle, ils cédaient bien plus aisément à la pression exercée par la main de l'opérateur, et l'on rencontrerait plus bas le col de la vessie. En dernier lieu, si la pierre est grosse, cette corde tendue s'opposera, au moment de l'extraction, à la dilatation nécessaire de la plaie. La taille bilatérale ne présente pas les mêmes inconvénients, et si je ne me trompe, ce n'est pas à l'étendue de l'incision interne que la taille bilatérale doit cet avantage, mais bien plutôt parce qu'on y coupe le raphé, cause principale, suivant moi,

---

fous supérieure; il y a donc entre l'urèthre membraneux et le bulbe une couche musculo-fibreuse.

L'aponévrose moyenne s'insère, en avant, au bord interne des racines du corps caverneux et en passant sur le bulbe elle s'interpose entre celui-ci et le corps caverneux. Après que ses deux bords, le gauche et le droit, se sont réunis à angle aigu, elle se prolonge encore pendant un centimètre environ, en forme de raquette, dans le sillon du corps caverneux, peu prononcée en cet endroit et qui loge l'urèthre bulbeux. Il s'élève de toute la ligne médiane de la surface de cette raquette un plan fibreux qui s'insère sur la face supérieure de la portion bulbeuse. Et comme ce plan a en moyenne une hauteur d'un centimètre, il la rend en quelque sorte indépendante du corps caverneux. Ce ligament qui ressemble à un mésentère, commence au point où l'urèthre s'engage dans le bulbe, c'est-à-dire le où finit le muscle de Wilson; il se termine à l'extrémité de la raquette, c'est-à-dire à 7 cent. du méat urinaire. Haut de 45 millimètres dès son commencement, il se termine en diminuant peu à peu de hauteur. On pourrait dire que, de même que la portion libre du bulbe est suspendue à l'urèthre membraneux par un plan musculo-fibreux, l'urèthre bulbeux est également suspendu, par un plan en forme de mésentère, à tout le ligament à raquette que je viens de décrire. Les derniers 7 centim. de

du désavantage de la taille latéralisée. Néanmoins la taille bilatérale n'est pas l'opération que l'on adopte de préférence, à cause des inconvénients qui lui appartiennent et que lui reconnaissent un grand nombre de praticiens, depuis le célèbre Mariano de Barletta. Quoique Fergusson ait beaucoup à se louer d'une incision bilatérale à l'extérieur et unilatérale intérieurement, (accouplement qu'il n'a pas inventé, et je l'ai vu mettre en pratique par mes maîtres Regnoli, Burci et Palamidessi), néanmoins la taille bilatérale, malgré ces perfectionnements, est loin d'être exempte d'inconvénients, il suffira de rappeler l'un des principaux : la lenteur de la cicatrisation avec tous les effets qui s'en suivent. En effet Fergusson en citant les cinq opérations qu'il a pratiquées de cette manière,

l'urèthre se cachent dans la gouttière du corps caverneux, et y sont si intimement adhérents qu'il est presque impossible de les disséquer. Venons maintenant à la description du ligament suspenseur. La lèvre libre de la branche ischio-pubienne se prolonge sur le corps du pubis en formant une arête qui en surmontant à celle de l'autre côté un peu au-dessus du milieu de la symphyse, O, trace sur la face antérieure du corps du pubis un triangle. La portion de la symphyse, au devant du point, O, forme avec ces deux arêtes une espèce de Y renversé. Sur cet Y comme aussi sur tout le bord libre des branches ischio-pubiennes viennent s'attacher des faisceaux ligamenteux robustes longs de deux centim. surtout sur le pubis qui se portent sur le corps caverneux, les faisceaux qui portent du tiers supérieur de la symphyse s'insèrent à la face dorsale du corps caverneux le long de la ligne médiane, les autres se portent à mesure par la face supérieure de la racine correspondante du corps caverneux. L'aire de ce triangle est remplie par du tissu cellulaire qui, quoique lâche, est renforcé par quelques brides résistantes. Si on l'enlève et si l'on maintient le corps caverneux sur le pubis, on voit entre la divarication de ses racines cet espace triangulaire du corps du pubis, en d'autres termes, les deux racines se réunissent en un point plus près de l'extrémité supérieure de la symphyse que de l'inférieure.

fait la même remarque Mais n'y aurait-il pas un procédé intermédiaire entre la taille latéralisée et la bilatérale? Pour ne pas sortir de notre sujet, je décrirai mon procédé operatoire ailleurs sous forme d'appendice

On voudra bien me permettre ces digressions qui, je le sais, entravent l'exposition des considérations anatomiques qui me restent à présenter, mais que la Commission ne trouvera pas trop déplacées, du moins je l'espère, car elles découlent naturellement de l'exposition des faits anatomiques

Nous nous sommes arrêtés dans le cours de notre description à l'aponévrose moyenne du périnée. J'ai encore, par conséquent, à parler des portions bulbeuse et spongieuse de l'urèthre. La limite de la portion bulbeuse, d, est située, comme je l'ai dit sur la ligne coccy-pubienne, à 1 centim du sommet de l'arcade pubienne. C'est là le point de l'urèthre qui peut le moins être déplacé, parcequ'il s'a trouve complétement embrassé par l'aponévrose moyenne, assez tendu dans ce point Je divise volontiers l'urèthre qu'il me reste à décrire, en deux portions la bulbeuse et la spongieuse ou urèthre de la verge La démarcation entre ces deux portions, o, est peu sensible et correspond au point où les corps caverneux font un angle dans l'état de relâchement de la verge. L'urèthre bulbeux a une longueur de trois centim et demi, sa forme peut être représentée par un gros haricot allongé, dont le bile toucherait l'arcade du pubis. En effet dans mes préparations en plâtre, il y a toujours à cet endroit une dépression caractéristique qui est faite par l'extrémité postérieure de la symphyse du pubis. On n'a pas assez remarqué cet élargissement de l'urèthre embrassé

de chaque coté par le muscle bulbo-caverneux, que l'on regarde seulement comme *accelerator urinae*, mais je suis d'avis qu'il a encore un autre usage. Très probablement le sperme s'accumule dans la portion bulbeuse pendant les derniers moments du coït, d'où il est chassé avec force et à une assez grande distance par les contractions des muscles bulbo-caverneux. La disposition de l'aponévrose moyenne est telle que cette dilatation de l'urèthre se fait surtout aux dépens de sa paroi inférieure, il en résulte que l'orifice de l'urèthre membraneux se trouve placé hors du centre et en haut, et il est facile à une main inexpérimentée de conduire le bec de la sonde dans le cul de sac bulbeux, et en le poussant, de percer le bulbe, c'est là la cause la plus fréquente des hémorrhagies qui surviennent pendant le cathétérisme. Au point où finit la portion bulbeuse et commence la spongieuse, l'urèthre présente un léger rétrécissement, qui est peut-être le résultat du coude que fait presque constamment l'urèthre en ce point, et peut être aussi parce qu'il commence à avoir en ce point une adhésion directe et intime avec sillon du corps caverneux, comme je l'ai dit dans la note précédente. À partir de là, la portion spongieuse descend perpendiculairement, sa longueur est de 7 centim. et demi. On admet qu'elle est assez variable, mais je dois pourtant faire une réserve. J'admets bien que cette partie de l'urèthre varie d'individu à individu, mais chez la même personne, il n'y a pas toute la différence de longueur que l'on voudrait trouver, suivant que l'urèthre est en état d'érection ou de flaccidité. Je ne m'occupe pas ici de cette état de racornissement qui est occasionné par le froid ou les impressions morales, mais entre le pénis à l'état de relâchement

et le pénis en érection, on ne rencontre pas cette grande différence de longueur à laquelle on pourrait croire de prime abord. La verge, en état de repos, est appliquée contre la symphyse du pubis, presque jusque contre son extrémité antérieure, et ce n'est qu'à partir de là qu'elle se montre, tandis que la verge en érection prend la direction de ses racines qui sont attachées aux branches ascendantes des ischions; elle s'éloigne de la symphyse, et commence par conséquent à se montrer beaucoup plus en arrière. L'urèthre spongieux se termine par une autre dilatation, la fosse naviculaire, qui est formée aux dépens de la paroi supérieure, contrairement à ce qui a lieu pour le bulbe. En un mot mes recherches anatomiques confirmées par la clinique m'ont donné les résultats suivants qui représentent une moyenne, un type idéal.

1° La longueur totale de l'urèthre est de 15 centim., à savoir

Portion	spongieuse	cent.	7 ½
»	bulbeuse	»	3 ½
»	membraneuse	»	1 ½
»	prostatique	»	1 ½
			14

La différence d'un centimètre dépend de quelques millimètres qui se trouvent entre la portion bulbeuse membraneuse et la prostatique. En outre les 15 centimètres peuvent être augmentés de quelque centimètre suivant le plus ou moins de développement du pénis.

2° L'urèthre placé dans la direction de la ligne coccy-pubienne peut être considéré, au point de vue

chirurgical, comme rectiligne jusqu'au commencement de la portion prostatique, il est vrai de dire que cette ligne est très-légèrement courbe.

3° On ne peut en aucune façon placer sur la même ligne droite la portion prostatique, quelle que soit la direction que l'on donne à la verge. Et pour pratiquer le cathétérisme rectiligne, qui non seulement est possible, mais encore assez souvent facile, il faut exécuter le procédé que j'ai indiqué plus haut.

4° L'urèthre n'est pas dans tous ses points uniformément cylindrique, il présente même à l'état physiologique des cavités, des sinuosités et des rétrécissements qu'il est important de bien connaître.

a) Les sinuosités que l'on rencontre dans les trois dilatations ou ampoules de l'urèthre, se trouvent : la première, sur la paroi supérieure de la fosse naviculaire ; la seconde, sur la paroi périnéale de la portion bulbeuse, et la troisième, sur la paroi postérieure de la portion prostatique. On trouve en outre le long de l'urèthre spongieux des replis valvuliformes sur la paroi qui tapisse le sillon caverneux.

b) On rencontre les rétrécissements physiologiques à deux cent de l'orifice uréthral, là où finit la fosse naviculaire, à 7 centim. et demi à peu près du méat urinaire, là où l'urèthre fait un angle à l'état de repos, c'est-à-dire à la limite antérieure de la portion bulbeuse à 10 centim. et demi environ du même orifice, ou si l'on veut, à un centimètre au-delà du bord de l'arcade du pubis, point où commence l'urèthre membraneux, on rencontre encore à deux centimètres au-delà, toujours sur la ligne coccy-pubienne, un rétrécissement qui est situé à l'origine

de la portion prostatique. Enfin, comme le sphincter (valvule vésicale) est plus relevé dans son segment postérieur, il donne lieu à un dernier obstacle physiologique. Dans tous ces points, le chirurgien novice rencontre des obstacles au passage des instruments, et pour les surmonter, on ne peut donner des règles générales. La forme, la dimension, la rigidité, la flexibilité des instruments que l'on emploie suggèreront à l'opérateur les règles, les procédés et même les artifices qu'il devra employer pour surmonter aisément et sans force ces obstacles physiologiques.

SUR LES RETRECISSEMENTS DE L'URÈTHRE

DÉFINITION.

Après avoir ainsi étudié l'anatomie de l'urèthre en vue de notre sujet, et établi que cet organe, même à l'état sain, présente des dilatations limitées par des retrécissements, j'exposerai quelques idées sur la maladie connue sous le nom de rétrécissement uréthral, afin de pouvoir parler ensuite des moyens de traitement que j'ai inventés depuis quelques années et qui m'ont donné les plus heureux résultats. Deux mots sur le nom et la définition de cette maladie. L'urèthre ne fonctionne que pendant quelques instants; après quoi il a de longs intervalles de repos, à tel point que le repos peut être considéré comme son état normal. Loin de présenter alors un canal béant, comme feraient une artère ou l'intestin, l'urèthre est aplati sur lui même; surtout dans ses parties rétrécies, et s'il n'était capable de dilatation, il ne livrerait point passage, même à un cheveu. Si l'urine éprouve en cet endroit de la difficulté à passer et s'échappe sous forme de jet très-fin, on ne peut rigoureusement avancer que l'urèthre s'est rétréci; mais il sera plus convenable de dire qu'il a perdu en partie sa dilatabilité. Le canal de l'urèthre peut

même être obstrué par une végétation, un polype, et neanmoins l'urine coulera librement et à plein jet, si le canal est devenu plus dilatable, tout en embrassant et en tenant serré le polype à l'état de repos. Je ne crois pas qu'il soit entièrement hors de propos de faire cette remarque, car le mot rétrécissement de l'urethre doit avoir eu par lui-même une grande influence sur la manière de voir generalement adoptée au sujet de l'altération pathologique qui représente la maladie. Prenons un des cas que l'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique. Voilà un individu qui a eu plusieurs blenorrhagies, quelque temps après, en général après plusieurs années, il s'aperçoit que le jet de l'urine s'altère, il n'est plus aussi gros qu'auparavant, il ne décrit plus une parabole, il est bifide. Le malade sent que l'urine librement sortie de la vessie, éprouve un obstacle en un point de son parcours. Les souffrances qui d'abord sont passées inaperçues, vont graduellement en augmentant, et le jet de l'urine n'est jamais revenu, même une seule fois, à son état normal. Les envies d'uriner sont devenues plus frequentes, parfois elles ne peuvent être satisfaites de suite, chaque miction demande beaucoup de temps, oblige le malade à des efforts, et quand elle est terminée, il coule encore goutte à goutte un peu d'urine du méat. Ordinairement l'urine est limpide, les fonctions intestinales régulières, et la santé en bon état. Quand on veut introduire une sonde en métal ou en gomme élastique, droite ou courbe, elle s'arrête en un point donné, et les règles qui peuvent nous servir pour surmonter les obstacles physiologiques, ne sont ici d'aucune utilité, tandis qu'un instrument flexible et

Digitized by Google

plus fin, après quelques essais, finit par passer comme s'il descendait une marche d'escalier, et arrive facilement dans la vessie. On commence un traitement par dilatation : chaque jour on rencontre moins de difficulté à passer des instruments de plus en plus gros; enfin l'urèthre reprend sa fonction normale. En présence de cet ensemble de symptômes, le praticien n'hésite pas à déclarer qu'il s'agit d'un rétrécissement morbide de l'urèthre. Il n'en est pas ainsi pour d'autres, et surtout pour ceux qui avec la prétention de dicter la pathologie du haut de la table de dissection proclament qu'on ne doit donner le nom de rétrécissement qu'à ceux qui sont formés par un épaississement phlogistique de la paroi uréthrale, formé par un tissu de nouvelle formation. Devrons-nous admettre une telle définition et par conséquent une telle opinion nosologique? (1) Certes je ne veux point diminuer l'importance de l'anatomie pathologique, mais je donne le pas à l'observation clinique. En effet celle-ci étudie la maladie sur le vif tandis que sur la table de l'anatomiste gît le cadavre de la maladie et non la maladie elle-même. Nous ne pourrons jamais nous entendre sur ce sujet avec ceux qui confondent en une seule et même chose l'état morbide et l'altération anatomique ; car l'altération anatomique que nous avons sous les yeux ne représente qu'une partie, et peut-être la moindre de l'état morbide. Mais ce n'est point ici le lieu de nous

(1) Nous ne tiendrons pas compte, tout en l'admettant, de l'autre lésion anatomique (tissu de cicatrice), parce qu'elle se présente si rarement (2 ou 3 %) qu'elle ne peut rentrer dans la discussion générale sur la nature des rétrécissements.

engager dans une discussion si importante de pathologie générale. Un individu qui a un rétrécissement, s'adresse tôt ou tard au médecin s'il éprouve quelques souffrances, dans le cas contraire il porte sa lésion dans la tombe sans s'inquiéter de ce qu'en pensera l'anatomiste. Sur cent malades que le médecin entreprend de traiter, il s'en trouve au moins quatre vingt-dix qui guérissent. Que peut nous révéler l'anatomie pathologique sur tous ces cas qui sont de beaucoup les plus nombreux? Ordinairement les observations anatomiques sont faites sur quelques cas qui ont résisté à tous les traitements, et dans ces cas les moyens de traitement n'ont-il pas eux-mêmes causé une partie de ces altérations qu'observe l'anatomiste? Quel sera le guide qui le conduira à distinguer les lésions qui sont le fait du traitement de celles qui représentent le rétrécissement? D'autres observateurs procèdent différemment: on se met à étudier dans les salles de dissection tous les urèthres qui se présentent sans connaître le moins du monde les souffrances éprouvées, durant la vie, par les individus dont on disèque les cadavres. Sur 100 urèthres étudiés de cette façon, l'anatomiste rencontrera 3 ou 5 cas d'épaississement de paroi produit par l'inflammation ou de rétrécissement de calibre du canal. Cela ne nous donne pourtant pas le droit d'affirmer que ces individus ont éprouvé durant la vie les souffrances causées par les rétrécissements, parce que nous ne pouvons pas juger sur le cadavre du degré de dilatabilité de l'urèthre. Et par contre, sommes-nous autorisés à affirmer que sur les autres 90 et tant d'individus, aucun n'avait présenté, durant la vie, les symptômes d'un rétrécissement? Ainsi donc les

urèthres que l'on trouve avec la paroi épaissie par inflammation, ou par un tissu de nouvelle formation, (fraction minime en comparaison du nombre des individus qui sont affectés de rétrécissements) ne peuvent nous servir de règle pour établir la lésion anatomique de tous les rétrécissements. On ne peut non plus admettre qu'il existe entre eux une simple différence de degré, parce que cette supposition ne résiste pas à un examen rigoureux.

Examinons la question de plus près. Voici, suivant moi, les principales questions que l'on peut soulever.

1° Il est hors de doute que sur cent individus affectés de rétrécissements, 80 au moins ont eu la blennorrhagie, mais le vieil axiome *hoc post hoc* est bien souvent *fallacissima res*. Remarquons d'abord qu'on a invoqué l'inflammation pour expliquer les dépôts de lymphe plastique plus ou moins organisée, qui, en épaississant l'urèthre dans des points limités, en rétrécissent le calibre. Mais s'il en était ainsi, comment se rendre compte de l'apparition si tardive des symptômes de rétrécissement, qui ne se montrent quelquefois que plusieurs années après l'urèthrite? Prenons, par exemple, la statistique de Thompson: sur 164 cas attribués à la blennorrhagie, les rétrécissements se montrèrent de suite dix fois seulement; ce ne fut dans le plus grand nombre qu'après une, trois ou quatre années, et même dans quelques uns après 8, 15, 20 ans et plus que la maladie se manifesta. Que l'on ne dise pas que les rétrécissements ont commencé pendant la blennorrhagie et se sont accrus peu à peu pour n'amener des obstacles mécaniques qu'après un long temps, car tous les malades vous

disent que pendant une ou plusieurs années le jet de l'urine n'a été nullement altéré, et la plupart vous répètent que tout d'un coup, sans cause bien appréciable, ils se sont aperçus pour la première fois de quelque difficulté d'uriner, une, deux et même plusieurs années après avoir souffert la gonorrhée. À partir de ce moment la difficulté va toujours en augmentant graduellement, le jet est de plus en plus fin; il est lancé moins loin, de temps en temps la strangurie survient. En un mot en prenant pour point de départ la gonorrhée, le plus grand nombre des malades indiquent deux périodes entre la gonorrhée et les premiers indices d'un obstacle à la miction, il se passe une époque (ordinairement une ou plusieurs années) où le malade n'a ressenti aucune incommodité. C'est alors qu'il s'attendait le moins à souffrir d'une rétention d'urine qu'il entre dans la seconde période que l'on pourrait appeler de formation du rétrécissement. Mais cette marche de la maladie ne s'accorde point avec la production d'*exsudats* phlogistiques, ou, pour mieux dire, avec l'évolution et les métamorphoses du tissu inflammatoire.

2° Les indurations ou épaississements inflammatoires disparaissent le plus souvent avec le temps. On admettait ce fait lorsqu'on considérait ces indurations comme de simples infiltrations de matière albuminoïde, on l'admet également aujourd'hui que l'on attribue cet épaississement de tissu à une véritable hyperplasie formée par la prolifération du tissu conjonctif. Si les coarctations de l'urèthre étaient véritablement maintenues par cet épaississement de la paroi ou, en d'autres termes, par la présence du tissu inflammatoire, pourquoi n'en verrions-nous pas un grand nombre

guérir spontanément? C'est ce que je n'ai pourtant jamais vu; et quand un rétrécissement est bien déclaré, il peut faire des progrès plus ou moins lents, mais il va toujours en augmentant et ne revient pas en arrière.

3° Le processus phlogistique a une tendance naturelle à se limiter, mais il est loin de le faire par une ligne ou par des lignes espacées çà et là. Si l'urèthre était épaissie par l'inflammation, elle devrait l'être dans une portion de son parcours; partant les rétrécissements devraient ressembler à une virole qui embrasserait le calibre du canal, ne trouvons nous pas au contraire le plus souvent la coarctation formée par un échelon, comme si une corde était tendue ou si un anneau serrait le canal?

4° L'uréthrite a son siége de prédilection dans la fosse naviculaire et dans la portion antérieure de l'urèthre spongieux; on la rencontre plus rarement dans la portion bulbeuse. La cystite du col de la vessie n'est pas non plus bien rare dans le courant d'une blennorrhagie, et elle est accompagnée assez souvent, suivant moi et contrairement à l'opinion commune, de l'inflammation de la portion prostatique. En résumé, l'urèthre membraneux a le moins de tendance à s'enflammer et pourtant il est, sans contredit, le siége le plus fréquent des rétrécissements, tandis que la blennorrhagie, par ordre de fréquence, a un siége précisément opposé? En comprenant la portion membraneuse entre ses deux orifices qui en marquent les véritables confins, nous pouvons franchement dire que là se trouve le siége de prédilection des rétrécissements urétbraux (1). On rencontre une certaine va-

(1) En effet Leroy d'Etiolles en a trouvés 19 sur 20, Civiale admet que le plus grand nombre se trouve là où commence l'urèthre mem-

ration dans les résultats statistiques entre la portion antérieure de l'urèthre membraneux et la postérieure de la bulbeuse, mais que l'on me permette de dire que c'est par une erreur anatomique. Si l'on tient compte de ce que j'ai dit dans la partie anatomique de ce travail, on ne confondra pas le bulbe avec l'urèthre bulbeux. En disséquant avec soin on trouve la partie antérieure de l'urèthre membraneux couchée sur le bulbe, cette portion de l'urèthre dont la longueur varie de quelques millimètres à un centimètre et plus, est en dehors du bulbe et fait partie de l'urèthre membraneux. Ainsi un rétrécissement qui correspond au sommet du bulbe, appartient à l'urèthre membraneux ou pour le moins à son orifice antérieur. L'urèthre bulbeux ne commence vraiment que dans le point où il est entièrement embrassé par le tissu spongieux, au moment où il traverse l'aponévrose moyenne, et il commence postérieurement par une grande ampoule ou cavité. C'est là que se cachent les uréthites les plus rebelles et les plus invétérées, et c'est là, je ne crains pas de le dire, que l'on rencontre rarement des rétrécissements. Au contraire on peut en trouver quelques uns de suite en avant de cette ampoule. En un mot, tandis que l'uré-

---

braneux. Sur 173 cas, Phillips en a trouvé 122 au delà de 4 pouces. Brodie, suivant les renseignements de Hunter, place le siége du plus grand nombre dans la partie antérieure de l'urèthre membraneux; je pourrais encore citer Liston, Shaw, Bell, Dessault, Chapart, Sœmmering, Boyer, Lallemand, Ducamp, Amussat, Vidal, etc. C'est au point où se réunissent les deux portions de l'urèthre membraneux et bulbeux que Thompson a trouvé 210 rétrécissements sur un total de 320. M. Voillemier admet que le siége le plus fréquent est situé un peu en avant de la portion membraneuse.

thrite se loge presque constamment dans la fosse naviculaire ou dans la portion bulbeuse, la membrameuse qui échappe presque toujours à l'inflammation, n'est pas moins le plus fréquemment le siége des rétrécissements.

5° Si la cause du rétrécissement se trouvait dans un épaississement de la paroi uréthrale assez considérable pour oblitérer le calibre du canal, on devrait sentir un noyau, une induration en ce point, comme en effet j'ai pu le vérifier quelquefois. Mais en laissant de côté ces cas qui sont bien rares, le plus souvent c'est un amincissement de la paroi que j'ai rencontré au niveau du rétrécissement, ce dont on peut mieux s'assurer encore quand l'instrument a traversé entièrement l'urèthre. Les praticiens ont remarqué qu'au siége de la coarctation, on sent extérieurement comme un enfoncement, là l'urèthre a perdu sa mollesse habituelle, il est plus dur et offre plus de résistance, ce qui porterait à croire qu'il y a là un racourcissement de la paroi avec amincissement et non un épaississement. Et malgré cela, on continue à admettre la présence d'un nouveau tissu cause du rétrécissement!

6° Enfin, voilà cent rétrécissements à traiter: bon nombre guérissent au moyen de l'introduction de bougies en cire, d'autres exigent des moyens plus énergiques, un traitement de quelques jours suffit pour quelques uns, tandis que d'autres résistent plusieurs mois: les uns doivent être cautérisés, les autres incisés: d'autres après avoir cédé à un premier traitement, se renouvellent avec la plus grande facilité tandis qu'une partie d'entre eux ne reparaît plus; enfin d'autres résistent à tous les moyens et ne gué-

rissent jamais. Avec une telle diversité de traitements et de résultats, devons-nous admettre que tous ces rétrécissements étaient uniformément représentés par une seule altération anatomique, et que toute la différence n'est que du plus au moins? N'est-ce pas aller directement contre les enseignements de la clinique; je dirai plus, contre les règles de la plus simple logique, puisque tant d'effets divers découleraient d'une seule et même cause?

Ces considérations sommaires nous portent à croire que la lésion anatomique ne doit par consister en un épaississement de la paroi uréthrale, ou, pour le moins, que cette altération est loin d'être constante; on ne peut donc admettre la théorie qui généralise ce fait à presque tous les rétrécissements, et par conséquent la définition qu'on en donne est erronée. Quant à moi, fidèle à l'observation clinique, je préfère définir ainsi la maladie « toute altération matérielle « de la paroi de l'urèthre limitée à un ou plusieurs « points, qui s'oppose plus ou moins complétement « à sa dilatabilité, et qui donne lieu avec plus ou « moins de difficulté à l'émission de l'urine et à « l'introduction des instruments » Mais on me dira Nierez-vous que la plupart des rétrécissements ont été précédés par des gonorrhées? Faudra-t-il, par hasard, faire disparaître l'urethrite de l'étiologie des rétrécissements? N'y aurait-il là qu'une simple coïncidence avec une maladie qui n'épargne que bien peu d'individus?

Assurément non, entre l'uréthrite et le rétrécissement il existe un rapport de causalité bien manifeste, mais l'erreur consiste à vouloir rapprocher de trop près la cause de l'effet On s'est d'abord emparé

de l'effet le plus immédiat et le plus ordinaire de l'inflammation Mais on ne s'est pas demandé si le rétrécissement ne pourrait pas plutôt dépendre de quelque autre effet de l'inflammation moins ordinaire et plus éloigné. Tout en retenant comme démontré que l'urèthrite est souvent la cause des rétrécissements, parce que c'est un fait clinique, voyons si elle ne les produirait pas de plusieurs manières

Tâchons, sans idées préconçues, d'interroger le plus exactement possible l'anatomie pathologique pour les mettre d'accord avec les résultats que donne l'observation clinique

REFLEXIONS CLINIQUES

SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

Je professe l'opinion que la médecine, dans l'état présent, a plus à gagner encore avec la méthode analytique qu'avec la synthèse. Les classifications nosologiques sont un artifice utile pour faciliter l'exposition de la matière, mais il ne faut pas leur accorder trop de valeur. Lorsque sur un certain nombre de malades, nous rencontrons des phénomènes qui sont communs à tous, en même temps que quelques autres qui existent chez les uns et non chez les autres, nous sommes naturellement portés, grâce à cette communauté de phénomènes, à admettre que tous les malades sont affectés de la même maladie, tandis qu'il vaudrait bien mieux analyser les divers symptômes, les étudier avec soin pour voir s'il faut rapporter tous les cas à une seule entité pathologique ou bien les séparer en autant d'affections diverses. Comme nous sommes loin d'avoir une connaissance exacte et complète des maladies, nous ne sommes pas en possession d'une mesure convenable pour bien apprécier les symtômes et leur donner l'importance que chacun d'eux mérite. Par conséquent nous sommes obligés de tenir compte des symptômes en bloc,

Google

de leur complexité Prenons par exemple dix hernieux dont la hernie est devenue tout à coup irréductible ; chez tous on observe une constipation complète ; chez tous le hoquet, les vomissements. Et pourtant qui aujourd'hui avancera que toutes ces hernies sont en proie à un même et identique état morbide ? Les quelques phénomènes que les dix hernies ont en commun, montrent seulement qu'elles sont sorties de l'état physiologique et rien de plus. Nous allons aujourd'hui à la recherche d'autres attributs qui ont beaucoup plus d'importance pour le praticien, puisqu'ils nous servent à éclairer le mystère caché sous le processus morbide, et à nous faire diagnostiquer que parmi les dix hernies les unes sont enflammées, les autres étranglées, d'autres engouées, et que d'autres enfin présentent diversement accouplés ces différents états morbides Et pourtant on les aurait comprises auparavant sous une seule entité pathologique et suivant les temps, les écoles et la mode, on aurait voulu voir chez toutes ou l'engouement ou l'étranglement, ou l'inflammation J'ai étudié avec le plus grand soin 53 cas de rétrécissements de l'urèthre que j'ai eu à traiter, et tout en reconnaissant que tous présentaient un certain groupe de symptômes identiques, j'ai rencontré de telles différences, en les comparant entre eux, qu'il m'a été impossible d'admettre chez tous le même état morbide, le même processus pathologique Aussi aujourd'hui en faisant le diagnostic de rétrécissement uréthral, je n'entends faire par là qu'un simple diagnostic générique, après quoi il me reste encore à établir un diagnostic spécial qui est de la plus haute importance, si l'on veut approprier à un cas spécial le

traitement qui lui convient En prenant l'exemple cité de la hernie, je dirai tout d'abord que la hernie est devenue irréductible, ce sera là le diagnostic générique, mais je devrai ensuite établir si elle est engouée ou enflammée ou bien étranglée Je pense qu'il en doit être tout à fait de même quand il s'agit des rétrécissements ; et de même que la différence de diagnostic pour les hernies conduit à un pronostic différent, à un traitement tout opposé, de même le diagnostic spécial des rétrécissements donne lieu à des indications tantôt pour la cautérisation, tantôt pour l'uréthrotomie, etc

Je ferai d'abord une revue sommaire de toutes les différences que l'on rencontre dans les phénomènes qui distinguent les nombreux cas de rétrécissements que j'ai eu à examiner, en me servant ensuite de mes recherches d'anatomie pathologique sur un grand nombre de dissections de l'urèthre, j'indiquerai en quelques pages le nombre et la diversité des états morbides et des processus pathologiques de l'urèthre qui, suivant moi, ont en commun les phénomènes que l'on résume par le mot, rétrécissement Je classerai ces différences d'attributs en trois groupes, suivant qu'ils se rapportent à l'étiologie des rétrécissements, à leur séméiologie ou à leur traitement

Différences étiologiques.

1° 36 individus avaient de 30 à 45 ans, 11 dépassaient 45 ans; 4 étaient entre 20 et 30, 2 seulement étaient adolescents

2° Mes observations me portent à croire que les individus sanguins ou scrofuleux n'ont pas de dispositions marquées pour les retrécissements. Ce serait plutôt les personnes maigres, irritables, nerveuses qui y seraient disposées.

3° Les [illegible] des malades avaient eu des urethrites, et en me fondant sur des probabilités, j'ai pu me convaincre que dans le plus grand nombre de cas c'étaient des blennorrhagies spécifiques. Cependant j'ai pu noter que quelques-uns n'avaient eu qu'une simple urethrite des plus légères et de peu de durée, d'autres au contraire avaient souffert des blennorrhagies nombreuses et obstinées. J'ai pu encore me convaincre que la gravité des retrecissements et leur résistance au traitement n'étaient nullement en rapport avec l'intensité et la durée de l'inflammation préexistante. Je dirai même avoir rencontré des rétrécissements très-graves chez des individus qui n'avaient eu qu'une légère et courte uréthrite. J'ai connu au contraire un grand nombre d'individus, qui ont eu jusqu'à 10 et 15 gonorrhées longues, invétérées et graves qui pourtant n'ont éprouvé dans la suite aucun signe de rétrécissement urétbral[1]

4° Aucun de mes malades n'avait probablement souffert de chancre syphilitique intra-uréthral. Dans quelques cas, il ne m'a pas été donné d'établir si une maladie quelconque de l'uréthre avait précédé le rétrécissement. Trois avaient certainement été précédés par un abcès de la prostate. Chez deux une cause traumatique avait produit la contusion et la rupture de l'urèthra (spongieux en un cas, bulbeux dans l'autre). Ces deux cas se sont présentés chez les deux adolescents

5° Je me suis convaincu que les injections que l'on a tant accusées, n'ont aucune influence directe sur la production des rétrécissements. Je ne me pas pourtant que dans quelques cas elles n'aient pu en favoriser le développement, mais toujours d'une manière fort indirecte. Chacun aura pu observer que dans les cas où les injections ne réussissent pas à arrêter la blennorrhagie, elles ne font souvent que l'alimenter, et que l'écoulement cesse si l'on vient à interrompre les injections. Si dans ces cas, on s'obstine à employer les injections, à en changer presque chaque jour au lieu de les abandonner tout à fait, on ne fait que prolonger, indéfiniment la durée de la blennorrhagie précisément à cause des injections, et comme les rétrécissements se produisent plus facilement après les blennorrhagies de longue durée, les injections exposent ainsi plus facilement aux rétrécissements.

6° Les premiers indices des rétrécissements ne se manifestent point pendant la gonorrhée ou immédiatement après. Dans le plus grand nombre de cas, j'ai noté un espace de temps plus ou moins long (1, 2, 3, 5 ans et davantage encore) qui s'écoule sans que le malade ait eu le plus léger soupçon d'un empêchement à l'émission de l'urine. Le malade, en racontant ses souffrances, marque deux périodes bien distinctes qui sont séparées par ce temps de santé parfaite. Il dit que 1, 2 ans et plus encore après avoir souffert la blennorrhagie, il a commencé à éprouver, en urinant, un empêchement en un point du canal, qu'il ne saurait préciser, c'est pourtant pour lui une sensation bien distincte qui lui fait perdre le sentiment de bien-être que l'on ressent à vider la vessie.

À cette sensation qui suit constamment chaque miction, viennent s'ajouter tous les autres signes, etc. À partir de ce moment, les souffrances peuvent être plus ou moins fortes, mais somme toute, la maladie fait des progrès. On peut rapprocher de ces cas ceux où la blennorrhagie a été légère et de courte durée, ceux encore qui n'ont point été précédés par une urethrite appréciable, et chez tous on peut voir combien est faible et éloignée l'influence de l'inflammation et des altérations les plus ordinaires qui en découlent. À ces cas on peut en opposer d'autres où les symptômes des rétrécissements se sont déclarés de suite après les blennorrhagies, et représentent une véritable succession morbide.

Différences séméiotiques.

1° Les différences sont bien plus marquées pour les signes des rétrécissements, si on les examine dans leur marche, leur durée, etc. Dans certains cas, tout l'appareil symptomatique se résume dans les désordres mécaniques. Le jet de l'urine est plus fin, il est bifide, le malade urine en arrosoir, etc. Toute l'incommodité consiste à rester plus longtemps pour vider la vessie, plus tard, il faudra faire des efforts pour épancher de l'eau, etc., mais rien de plus. Dans d'autres cas les souffrances sont bien plus considérables : l'urètbre est le siége de sensations douloureuses, les envies d'uriner sont fréquentes, l'érection de la verge, même incomplète, se produit très-difficilement, ou bien se fait avec douleur.

2° Quelques cas de rétrécissements sont toujours accompagnés d'une sécrétion muco-purulente, qui,

sous forme de goutte militaire, est la compagne fidèle de la maladie pendant toute sa durée. Dans d'autres au contraire ce n'est que par exception, pour un peu de temps que l'urèthre est humecté par un peu de liquide. Chez les premiers, la verge est toujours dans un certain état de turgescence, le méat urinaire est gonflé et rougeâtre.

3° Dans quelques rétrécissements, la marche est des plus régulières; on dirait qu'à mesure que l'urine les traverse, elle produit, pour ainsi dire des incrustations calcaires, qui viendraient diminuer chaque jour le calibre de l'urèthre et empêcher en proportion le passage de l'urine. D'autres ont une marche irrégulière et intermittente. J'ai vu en peu de temps surgir les phénomènes graves des rétrécissements, céder en suite un peu, pour retourner bien vite au même degré de gravité qu'auparavant, etc. J'ai pu remarquer qu'il existait chez quelques uns d'entre eux des différences très-sensibles, suivant les différentes heures de la journée, etc.

4° On dirait que certains rétrécissements restent stationnaires, tellement leur marche est lente. Après 15, 20 et 30 ans ils sont encore assez supportables, sans avoir recours à aucun traitement, tandisque d'autres, en peu de mois, arrivent au plus haut degré de gravité, en suivant une marche continuellement ascendante.

5° Je crois qu'il est très-important de tenir compte de la différence du siége. Je me suis toujours attaché à bien préciser la portion de l'urèthre affectée. Voici les règles que j'ai suivies pour cette détermination. Il ne faut point s'en tenir aux résultats des premières séances alors que nous rencontrons de grandes

difficultés et qu'il nous faut employer des instruments très-flexibles et très-fins. Mais après avoir obtenu un certain degré de dilatation, on arrive au but plus facilement et plus sûrement avec des instruments plus volumineux et mieux appropriés En outre, considérant que le portion membraneuse et la prostatique sont d une longueur presque constante, tandis que la portion spongieuse est très-variable, je ne cherche pas à savoir à combien de centimètres du meat urinaire se trouve le rétrécissement, mais je m'applique plutôt à en préciser la distance à partir de l'orifice de la vessie. J'emploie une sonde fine en gomme élastique munie à son extrémité d'un renflement avec deux yeux latéraux ; j'introduis l'instrument jusque dans la vessie, et en le retirant je fais une marque sur la sonde au moment où cesse le jet de l'urine Je maintiens constamment le gland à une distance déterminée de la symphyse, je continue à retirer l'instrument, et arrivé sur le rétrécissement, je marque un second point, il ne me reste plus qu'à mesurer la portion de la sonde entre ces deux points, ce qui me donnera la distance du rétrécissement à l'orifice vésical de l'urètbre. En parcourant extérieurement l'urèthre avec le doigt, je tiens compte de l'endroit où l'on trouve le renflement de la sonde En suivant cette manière de mesurer, j'ai trouvé, sur 53 individus, 2 rétrécissements sur le trajet de l'urèthre prostatique ; 6 sur la limite antérieure de cette portion. 45 sur l'urèthre membraneuse et particulièrement au point où existe un rétrécissement physiologique qui divise la portion membraneuse et la bulbeuse Quoique cette partie de l'urèthre repose sur le bulbe, je la rapporte à la portion membraneuse,

parce qu'elle n'est point embrassée par le bulbe, parce qu'elle est séparée par l'aponévrose moyenne de l'urèthre bulbeux qui est placé inférieurement, et parce qu'elle a une limite naturelle assez sensible et constante. J'ai rencontré 14 rétrécissements au point qui sert de limite entre le bulbe et la portion spongieuse, enfin 3 seulement à la limite postérieure de la fosse naviculaire.

6° On comprend facilement que quelques-uns de mes malades avaient plusieurs rétrécissements. De là une autre différence qui n'est pas des moins importantes. Dans les cas de rétrécissements multiples j'ai souvent observé que le rétrécissement postérieur, c'est-à-dire le plus proche de la vessie, était le plus fort et le plus réfractaire au traitement. Et pour le dire, en passant, les rétrécissements multiples ne sont presque jamais formés par du tissu phlogistique, mais dénotent une autre nature et un autre processus pathologique.

Différences thérapeutiques.

1° Le criterium thérapeutique ne nous sert pas moins à apprécier des différences très-marquées. Tout chirurgien qui aura eu à traiter un grand nombre de rétrécissements aura sans doute remarqué quelle grande diversité de résultats est donnée par les mêmes moyens de traitement. On rencontrera un cas où les bougies en cire franchiront facilement l'obstacle qui aura résisté à d'autres bougies de même calibre, tandis que les bougies en gomme élastique seront plus utiles pour d'autres rétrécissements, dans d'autres, ce seront au contraire les

bougies metalliques, et ainsi de suite Vous traiterez mieux les uns avec les bougies coniques, les autres avec les cylindriques, d'autres enfin avec les bougies olivaires, etc

2° Parfois le jet de l'urine semblerait indiquer un certain calibre, tandis qu'il faut se servir de bougies d'un numero bien inferieur.

3° Il y a certains rétrecissements qui ne se laissent point franchir au moins pendant les premiers jours; et il faut, pour ainsi dire, prendre l'urèthre par surprise. Dans d'autres, l'obstacle est simplement mécanique et passif

4° J'ai observe dans ces derniers surtout que les bons effets du traitement se font sentir dès la première introduction d'une bougie, tandis que c'est tout le contraire pour d'autres: il faut suspendre le traitement parce que l'urèthre s'enflamme, etc

5° Ceux-ci, après que la tolérance s'est établie, éprouvent à leur tour les bons effets des bougies, et souvent on les guérit en peu de jours Chez d'autres on observe une grande tolérance pendant quelque temps et jusqu'à des bougies d'un certain numero. Après quoi le traitement ne marche plus avec la même régularité, et j'ai dû parfois recourir à une autre methode pour obtenir la guérison. Le même traitement a un plein succès dans quelques cas en peu de jours; dans d'autres, il exige des mois.

6° Qui n'a pas observé que pour certains rétrécissements il faut modifier la paroi de l'urèthre avec des moyens chimiques? Qui n'a pas observé que parfois il faut employer la cautérisation? Qui ignore que parfois l'uréthrotomie est nécessaire?

7° J'ai eu à traiter des retrécissements qui,

une fois arrivés à un degré considérable de dilatabilité, par exemple au N° 10, obtenu par la dilatation permanente, revenaient à leur état primitif, après quelques heures de repos.

8° Enfin, c'est une observation bien connue que quelques cas guérissent radicalement, sans qu'il soit besoin de prendre aucune précaution ; tandis que d'autres, traités avec attention, pendant très-longtemps et même au moyen de l'uréthrotomie, n'en ont pas moins une grande tendance à se reproduire, et obligent le malade à introduire de grosses bougies à court intervalle, pendant plusieurs années, quand ce n'est pas durant toute la vie.

Toutes ces différences qui se rapportent aux critériums étiologique, séméiologique et thérapeutique démontrent jusqu'à l'évidence que l'urèthre peut devenir le siège de plusieurs processus morbides différents, mais qui ont en commun quelques attributs. De quelle espèce et combien peuvent être ces processus morbides ? À ce point de la question, les signes ou les attributs anatomiques peuvent jeter une grande lumière sur notre sujet, surtout s'ils ont été recueillis et étudiés dans une direction d'esprit toute clinique.

RÉSULTATS DES RECHERCHES

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Je ne puis naturellement m'engager ici dans l'exposition détaillé de toutes les observations anatomiques que j'ai faites depuis bien des années, je me bornerai seulement à formuler les résultats que j'en ai obtenus.

1° Le tissu de cicatrice, ce tissu réparateur qui remplace une perte de substance, forme un nombre très restreint de rétrécissements. Je puis assurer n'avoir trouvé que deux rétrécissements formés par du tissu de cicatrice et occasionés par une lésion traumatique; ils étaient situés dans l'urèthre spongieux et bulbeux.

2° J'ai rencontré moi-même, dans le courant de mes dissections, un nombre de rétrécissements par épaississement de la paroi urétbrale et dus au processus phlogistique. L'irritation localisée donne lieu à une prolifération de cellules mêlées à de la matière amorphe, d'où l'hypertrophie du tissu conjonctif sous-muqueux. Cette infiltration d'un nouveau tissu non-seulement grossit la paroi, mais, en se produisant pendant que l'urèthre contracté est en repos, elle lui fait perdre sa dilatabilité. C'est surtout par

cette cause que se produisent les souffrances du retrécissement. Mais la formation directe des cas de rétrécissement par le tissu phlogistique, loin d'être fréquente, est au contraire assez rare. Je pense que ceux qui l'ont rencontré partout, ne se sont pas livrés à un examen assez rigoureux. En effet j'ai bien souvent rencontré un épaississement phlogistique de la paroi urethrale, mais en l'examinant avec attention, j'ai dû me convaincre qu'il n'était pas suffisant à lui seul pour gêner l'émission de l'urine, tandis qu'au même point de l'urèthre ou ailleurs je trouvais des lesions qui expliquaient beaucoup plus convenablement l'alteration de la fonction urétbrale. Ce sont ces altérations que je vais decrire.

3° Je me suis fait bien souvent cette question. Pourquoi le tissu produit par l'inflammation ne subirait-il pas dans l'urèthre les mêmes metamorphoses rétrogrades qu'ailleurs? Bien souvent je me suis rappelé une observation déjà faite par un grand nombre d'auteurs et vérifiée plusieurs fois par moi-même. Si l'on parcourt extérieurement l'urèthre, au lieu de sentir un épaississement, un noyau, au niveau de la coarctation, on rencontre évidemment une depression, en d'autres termes une rétraction de tissu. Ce fait me portait à croire que parfois la lésion pourrait bien être une atrophie de la paroi affectée. J'entrepris dans ce but de nombreuses dissections, et j'eus la satisfaction de voir qu'elles s'accordaient avec mes vues et avec l'observation des malades. Je n'entrerai certainement pas ici dans la description minutieuse des pièces anatomiques, je me contenterai de donner le résumé de mes observations. Une portion de l'urèthre est à plusieurs reprises affectée par l'in-

flammation spécifique ; en ce point, il se forme une hypertrophie du tissu connectif sous-muqueux ; les éléments du nouveau tissu morbide peuvent émigrer, s'infiltrer dans les tissus voisins. Il se produit alors un épaississement de la paroi, absolument comme dans la paupière affectée de conjonctivite granuleuse. Et comme dans ce cas on peut avoir l'ectropion, on peut de même rencontrer le calibre de l'urèthre rétréci, si je puis m'exprimer ainsi, par une surabondance des couches plus internes des tissus. Cette forme de rétrécissement, je le répète encore, qui pour d'autres est la plus fréquente, est au contraire pour moi la plus rare. En effet, l'inflammation une fois terminée, la tuméfaction des tissus ne se prolonge pas, et il est bien sûr qu'au moins elle n'augmente pas. Qu'arrive-t-il souvent de ce tissu inflammatoire dans la conjonctivite chronique après que l'inflammation s'est évanouie ? Il subit des modifications rétrogrades, le tissu connectif s'atrophie, se raccourcit et donne lieu à l'entropion. Il en est de même pour l'urèthre enflammé : l'ancien tissu s'est atrophié pour céder la place au nouveau, mettant en pratique l'axiome bien connu : ôte-toi de là que je m'y mette. Le tissu morbide disparaît ensuite par l'absorption ; et il ne reste que le tissu normal atrophié.

4° Mais il y a plus : il arrive quelquefois que ces fibres frappées d'atrophie perdent leur élasticité, elle sont comme desséchées, plus fines, plus résistantes, plus serrées les unes contre les autres, enfin elles forment un tissu qui, tout en étant plus mince, est pourtant beaucoup plus résistant et dont on peut se faire une idée assez juste en le comparant à une mince toile de tissu fibreux, aponévrotique ; en un mot c'est

une véritable sclérose-sténose. On peut d'ailleurs avoir la sclérose avec ou sans atrophie de l'ancien tissu, comme on peut encore avoir la sclérose du tissu phlogistique atrophié. On peut se dispenser de faire observer que de même que bon nombre de conjonctivites granuleuses guérissent sans entropion, un non moins grand nombre d'uréthrites, même spécifiques, disparaissent sans laisser de rétrécissements. La sclérose peut envahir toute une portion de tissu connectif qui entoure le canal de l'urèthre ou seulement un segment, de manière à former un rétrécissement en forme de virole plus ou moins longue, ou d'anneau ou simplement de bride ou de corde tendue. L'élément vasculaire participe également à l'atrophie qui s'frappe les autres tissus, et lorsque les injections réussissent bien, on aperçoit manifestement les vaisseaux injectés sur tout l'urèthre, excepté sur la partie qui est le siège du rétrécissement où l'uréthre ne présente aucune trace d'injection dans toute son épaisseur, et où les vaisseaux capillaires atrophiés sont passés à l'état de fibres de tissu connectif. Ce fait, intéressant par lui-même, sert encore à montrer que l'atrophie, loin de s'en tenir à la muqueuse, envahit également les tissus sous-jacents et même le tissu spongieux. L'épithélium correspondant subit lui-aussi de graves altérations, il s'atrophie à un tel point que quelques observateurs ont prétendu qu'il disparaissait tout à fait. Les cellules se racourcissent, s'aplatissent en forme de lamelles et présentent l'aspect d'un épithélium pavimenteux imparfait. La sclérose et l'atrophie forment donc la lésion anatomique d'un certain nombre de coarctations, qui ne consistent pas tant dans un véritable rétrécissement du canal

que dans la perte plus ou moins grande de sa dilatabilité. L'urèthre dont les parois sont constamment en contact, après avoir perdu en un point sa dilatabilité, ne se laisse plus distendre par le jet de l'urine, d'où la production de la disurie. On comprendra sans peine que ces modifications du tissu normal sont indépendantes des métamorphoses rétrogrades que subit le tissu phlogistique, en d'autres termes, on peut trouver l'atrophie des tissus physiologiques, en même temps que le nouveau tissu, affectés l'un et l'autre de sclérose. On rencontre plus spécialement ces rétrécissements dans la portion spongieuse.

5° Je ne saurais me ranger à l'opinion de ceux qui nient l'existence des rétrécissements spasmodiques. Qu'ils soient légers, facilement guérissables après quelque dilatation ou même après une seule introduction de bougie, il n'en est pas moins vrai qu'ils existent. Assurément on ne pourra pas les rencontrer dans les salles d'anatomie, mais le praticien a quelquefois à faire avec eux, aussi je n'hésite pas à les compter parmi les nombreuses espèces de rétrécissements que l'on a à traiter (1).

---

(1) J'ai eu l'occasion d'observer un rétrécissement simplement spasmodique chez une dame de 56 ans, affectée d'hystérie très prononcée. Elle commença à éprouver une difficulté dans la miction, sans avoir souffert précédemment d'aucune incommodité des voies urinaires, si on excepte une incontinence d'urine qui était arrivée quelques années auparavant et qui n'avait duré que quelques jours, pour cesser tout-à-coup sans aucun traitement. Cette incontinence lui diagnostiquée comme une forme de l'hystérie. La dysurie se présenta avec un jet de l'urine très-fin, en sorte que la malade était obligée de faire beaucoup d'efforts pour uriner, l'urine était limpide, anémi-

Jusqu'à présent nous n'avons point résolu un problème des plus graves que nous pose l'observation clinique. Le siége de prédilection de l'uréthrite est la fosse naviculaire ou la portion bulbeuse, l'inflammation ne franchit pas les limites de ces deux régions et surtout la limite frontière entre la portion bulbeuse et la membraneuse. Ce sont là des barrières qui s'opposent à la marche de l'inflammation et qui n'en sont point attaquées, et si l'on reconnaît dans l'inflammation la cause principale des rétrécissements, il serait naturel de les rencontrer situés partout ailleurs que sur ces barrières mêmes. Eh bien, comment se fait-il que ce soit pré-

---

que, et ne contenait aucune sécrétion muco-purulente, les envies d'uriner étaient fréquentes, et la vessie ne se vidait pas entièrement. Ces souffrances allèrent en augmentant peu à peu, et la malade retenue par un sentiment de pudeur n'en disait rien. Enfin après avoir souffert pendant six mois sans que jamais le jet de l'urine fût revenu à l'état normal, la malade, prise d'ischurie, se vit forcée de réclamer mes soins. La vessie était très dilatée, les organes génitaux externes à l'état normal, ni rougeur, ni tuméfaction au méat urinaire. J'introduis une sonde presque droite en métal qui à cent 1 ½ est arrêtée par un obstacle, je pousse la sonde avec une force graduée et croissante, et après une pression continuée pendant environ deux minutes, l'obstacle cède et la sonde entre dans la vessie. L'urine qui en sort est des plus limpides après quoi la malade urine d'elle même et à plein canal. Pendant trois mois, elle ne ressent pas la moindre incommodité dans l'émission de l'urine, mais ensuite recommencent la dysurie, la strangurie et l'ischurie comme auparavant, avec cette différence que l'évolution entière de la maladie a lieu en 15 jours. La malade ne pouvant plus uriner, je suis appelé. Je rencontre encore cette fois le même obstacle dans l'uréthre, et durant quelques jours, je passe une grosse sonde métallique, quoique la miction fût devenue tout-à-fait normale après le premier cathétérisme. Voilà déjà quatre ans de passés et aucune incommodité ne s'est plus renouvelée.

cisément là que l'on rencontre les dix neuf vingtièmes de tous les rétrecissements ? Qui pourrait nier que les deux tiers, 60 0/0 au moins des rétrécissements sont situés à l'extremité antérieure de l'urèthre membraneux ? Voici comment se produisent, suivant moi les rétrécissements dans ce point du canal. Quand une portion d'un canal contractile, que ce soit une veine, une artère, un intestin, etc., est affectée d'inflammation chronique, elle perd sa résistance et sa contractilité, et se laisse distendre, dilater par l'onde de liquide qui la traverse. La portion de canal, une varice, après avoir subi cette dilatation, se trouve par exemple limitée par deux rétrecissements. Cette loi qui se vérifie presque constamment, n'est pas aussi inexplicable qu'on pourrait le penser. Il est probable que les fibres circulaires de ces deux points rétrécis du canal sont maintenues dans un état de spasme tétanique dû à l'élement irritatif de la partie intermédiaire enflammée. Supposons que l'inflammation ait envahi l'ampoule bulbeuse, comme cette portion de l'urèthre est limitée par deux rétrécissements naturels, il s'en suit à plus forte raison que la contraction tétanique doit les resserrer davantage, et que l'urèthre doit perdre, en ces deux points, une partie de sa dilatabilité.

Je ne crois pas m'éloigner de la vérité en pensant que les rétrécissements, qui sont situés en ces points et qui arrivent au chiffre de 60 0/0, commencent souvent par cette forme spasmodique, et peuvent même s'arrêter là. Mais il arrive souvent que la portion de l'urèthre qui se trouve au delà de la frontière bulbo-membraneuse, c'est-à-dire du côté de la vessie, se dilate par le fait du jet de l'urine qui vient se briser

sur le rétrécissement et qui, en revenant en arrière, fait un effort contre la paroi. Cette portion de l'urèthre ne tarde pas à s'enflammer, soit à cause de ces distensions répétées, soit par le fait de quelques gouttes d'urine qui y séjourne. Cette limite entre la portion bulbeuse et la membraneuse, qui auparavant servait de barrière à l'inflammation, se trouve maintenant entre deux portions d'urèthre enflammées, et s'enflamme à son tour. Dans cet état, elle peut être envahie par un nouveau tissu comme aussi la sclérose et l'atrophie peuvent s'y développer. Que ces altérations existent séparément ou réunies, l'étroitesse physiologique du canal en ce point se transforme naturellement en un rétrécissement pathologique. On je me trompe du tout au tout, ou c'est là le processus pathologique, le fait anatomique que l'on rencontre le plus souvent dans les rétrécissements de l'urèthre. En définitif, j'admets cinq éléments producteurs des rétrécissements. Le tissu de cicatrice ou inodulaire que l'on trouve dans un très petit nombre de rétrécissements; la hyperplasie ou le tissu phlogistique, le spasmo-tonique qui peut aller en augmentant graduellement, comme les autres formes de rétrécissement, ainsi que nous en avons un exemple dans le cas cité plus haut; l'atrophie des tissus normaux et la sclerose. J'admets que ces divers éléments peuvent, réunis ou isolés, former un rétrécissement. Cette exposition quoique sommaire, des altérations anatomiques servira, je l'espère, à éclaircir bien des doutes qui s'élèvent sur la pathologie des rétrécissements. On comprendra comment les rétrécissements se montrent souvent quelques années après l'urèthrite, pourquoi ils ont une marche si variée, pourquoi il sont situés de pré-

férence sur les points notablement rétrécis, pourquoi les deux tiers se rencontrent sur l'extrémité antérieure de l'urèthre membraneux, enfin pourquoi un même traitement produit des effets si différents? Ainsi l'observation clinique est en parfait accord avec les résultats anatomiques, ainsi ce qu'on appelle rétrécissement de l'urèthre ne doit pas être regardé comme une seule entité nosologique, mais bien comme une famille de plusieurs entités différentes qui ont en commun quelques attributs. En résumé, j'admets cinq formes typiques de rétrécissements de l'urèthre :

1° Rétrécissement spasmodique.

2° Rétrécissement par tissu modulaire ou de cicatrice.

3° Rétrécissement par tissu phlogistique.

4° Rétrécissement par atrophie.

5° Rétrécissement par sclérose ou scléro-sténose.

J'ajoute à ceux-ci une sixième forme : la forme mixte qui résulte d'altérations anatomiques complexes.

Arrivé à ce point de mon travail, je devrais, en suivant la marche classique, revenir sur les résultats donnés par la clinique et montrer que par leur moyen on peut faire, au lit du malade, le diagnostic différentiel de chacune des altérations anatomiques spéciales et des processus pathologiques que nous avons définis. Chacun d'eux pourrait être le sujet d'une monographie à part. Mais j'ai déjà déclaré, dès le commencement, que je n'ai point ici l'intention de reproduire en entier mon travail sur la matière pour ne pas abuser de la complaisance de

la Commission, tout ce que je pourrais dire ne serait que des déductions, qui découleraient naturellement de ce que j'ai déjà exposé, par conséquent les membres de la Commission sauront bien les voir d'eux-mêmes à premières vues, sans perdre ici du temps à faire des descriptions détaillées.

TRAITEMENTS DE RETRÉCISSEMENTS

Loin de moi la prétention d'avoir dit le dernier mot sur les rétrecissements, le but que je me suis proposé, n'a été que de combattre l'erreur qui consiste à considérer les rétrécissements comme une seule entité pathologique. Que d'autres aient le mérite de mieux étudier les divers états morbides de l'urèthre, pour moi, je serai heureux si j'ai donné l'initiative de ces études, dont la clinique retirera la plus grande utilité. Rappelons-nous combien imparfait était le traitement des hernies subitement irréductibles, avant qu'on eût déterminé les divers états morbides qui ont en commun cet attribut ; rappelons-nous combien imparfait était le traitement de l'ébranlement cérébral avant que Dupuytren, démontrant combien il était erroné de considérer la lésion comme unique, ne l'eût divisée en trois états morbides assez divers, etc. Rappelons-nous quelle grande utilité ces distinctions ont apporté dans le traitement en précisant mieux les indications thérapeutiques ; et nous ne pourrons hésiter un moment à croire que la pathologie des rétrécissements, arrivée au même perfectionnement ne jettera pas une grande

lumière sur les moyens les plus propres à leur guérison. En effet, avec une telle variété d'altérations anatomiques et de processus pathologiques, qui voudra adopter exclusivement pour tous le même méthode opératoire ? Ne sera-t-il pas plus naturel de faire découler d'un diagnostic spécial pour un traitement plutôt que pour un autre ? Qui voudra perdre du temps à pratiquer une dilatation infructueuse, quand le diagnostic établira que ce cas spécial exige l'uretbrotomie ? Et par contre, faudra-t-il exposer le malade aux dangers de l'uréthrotomie, quand on saura que ce rétrécissement cèdera vite et facilement à la dilatation ? Voudra-t-on abandonner la cautérisation, bien que maintenant elle ait été laissée dans l'oubli par le plus grand nombre ? Et les secours que nous fournit la matière médicale, devrons-nous les laisser tous de côté ? Il n'en est pas moins vrai que le fanatisme règne dans le traitement des rétrécissements, tantôt pour une méthode, tantôt pour une autre. Aujourd'hui c'est l'urétbrotomie qui est portée aux cieux par l'empire de la mode ! Il est vraiment incompréhensible que, lorsque tous les efforts des plus célèbres chirurgiens modernes tendent à éviter les opérations sanglantes, on donne la préférence à l'uréthrotomie, et par qui encore cette operation est-elle prônée ? par ceux-là mêmes qui se déclarent les champions de la chirurgie moderne ! Mais il ne sert à rien de s'élever contre le fanatisme. Chacun se fait fort de ses observations anatomiques, chacun se retranche derrière ses propres résultats cliniques, tous entrant en lice munis des mêmes armes, et si vous vous efforcez de briser celles de l'adversaire, en niant les deux séries de faits, il retourne contre

nous le même argument. Le temps seul pourra mettre un peu d' ordre dans cette mêlée d' opinions diverses et exclusives. Certes, mon nom ne suffit point pour recommander ma pratique; mais les résultats sont assez éloquents par eux-mêmes. Fidèle à mes principes, je ne me suis pas attaché à une seule méthode, à un seul procédé, ce serait me ranger moi aussi parmi les fanatiques et les courtisans de la mode. Je m'attache à poser un diagnostic exact et complet, et, quant au traitement, j'ai recours, suivant les indications, à toutes les méthodes et aux procédés opératoires recommandés. J'emploie parfois un traitement médical uni à quelques manœuvres chirurgicales des plus simples. Son efficacité se montre surtout contre les rétrécissements spasmodiques et ceux qui sont constitués par du tissu phlogistique encore récent. Je trouve quelquefois utile la cautérisation localisée; surtout dans les cas formés par du tissu phlogistique, alors que l' inflammation est encore en vigueur et qu' elle est accompagnée par une sécrétion de muco-pus mêlée à quelques stries de sang, et localisée au siége du rétrécissement. Il est probable que dans quelques-uns de ces cas, il existe des granulations de la membrane muqueuse que le caustique détruit. Dans les rétrécissements formés par du tissu nodulaire ou de cicatrice, dans ceux constitués par du tissu phlogistique ancien, oleux et abondant, je pense qu' il est non-seulement utile, mais encore nécessaire de pratiquer des scarifications internes, de là, la grande utilité des uréthomes les plus récents. Mais dans les rétrécissements qui dépendent de l' atrophie, dans ceux qui résultent de la sclérose, je trouve seulement indiquée la dilatation, et je repousse comme

irrationnelles les autres méthodes de traitement. Comme ces cas sont les plus fréquents, et que par conséquent j'emploie la dilatation le plus souvent dans ma pratique, c'est à propos de cette méthode que je me suis livré à des études et à des considérations plus spéciales. Je répète encore une fois quel est le but principal de cet ouvrage : sur 100 rétrécissements, 90 au moins peuvent guérir par l'emploi des bougies en cire, etc. Mais la dilatation obtenue par ces moyens réclame relativement un temps trop long. Je prétends avoir trouvé d'autres moyens, qui tandis qu'ils sont inoffensifs comme les bougies en cire et qu'ils n'obligent pas la malade à abandonner ses occupations, pas même un seul jour, produisent une dilatation si prompte, et dans la plupart de cas en 8 ou 10 jours, elle est complète. Je passe pardessus tout ce qui a rapport aux diverses méthodes de traitement, car je me verrais forcé de répéter ici ce que l'on trouve dans tout traité moderne. Je me limiterai à parler de la méthode de la dilatation, des instruments que j'emploie pour la pratiquer et des heureux résultats que j'en ai obtenus.

Digitized by Google

DE LA MÉTHODE PAR DILATATION

ET DES INSTRUMENTS DE L'AUTEUR

Je me suis demandé bien souvent pourquoi des praticiens éminents trouvent aujourd'hui si fréquemment indiquée l'uréthrotomie ? Est-ce là par hasard le seul résultat d'idées préconçues sur la nature de la maladie ? Je suis d'avis qu'aux nombreuses raisons de cette préférence, on peut ajouter les suivantes : la première et la plus importante, c'est que l'uréthrotomie d'une opération difficile, dangereuse et pleine de hasards qu'elle était, est devenue, grâce aux perfectionnements qui l'ont améliorée, une opération facile, modérée et moins dangereuse. Il faut chercher l'autre raison dans le peu de progrès qu'a faits la dilatation en comparaison de l'opération rivale. Les deux procédés de dilatation ; dilatation graduelle, (temporaire ou permanente) et la dilatation brusque, forcée, présentent également des inconvénients. La dilatation brusque peut être comparée à l'uréthrotomie interne telle qu'on la pratiquait il y a quelques années, c'est une opération difficile et dangereuse. L'autre procédé avec toutes ses lenteurs lasse le malade et le médecin, et il n'est pas rare de rencontrer des cas où après un

long temps on se voit forcé de l'abandonner. Je me suis souvent posé cette question : si l'urétlirotomie interne est devenue une opération plus régulière et plus répandue, grâce aux améliorations que lui ont apportées les efforts des chirurgiens modernes, ne pourrait-il pas en être de même pour la dilatation? Les inconvénients de la dilatation sont en résumé : 1° la longueur du traitement, 2° les difficultés que l'on rencontre, surtout dans les premiers jours, 3° l'insuccès dans quelques cas. Comment faire disparaître ou au moins diminuer ces inconvénients ? C'est là le problème que je me suis proposé de résoudre. J'ai voulu d'abord voir ce que l'on pouvait faire avec les instruments ordinaires que tout le monde emploie, j'ai ensuite inventé et employé des instruments spéciaux que je crois nécessaire de décrire tout d'abord. La difficulté de franchir un rétrécissement pendant les premières séances, a fait sentir la nécessité de fabriquer des bougies de matière et de forme diverses. Comme dans ces circonstances nous devons recourir à des instruments très fins, ceux que nous avons entre les mains ou sont trop flexibles et ils ne peuvent être guidés convenablement, ou sont trop rigides et ils deviennent dangereux, sans pouvoir toujours s'adapter à la direction du rétrécissement. Les bougies en plomb m'ont été d'une incontestable utilité, mais on ne peut faire avec ce métal des instruments très fins, ils ne résisteraient pas et courraient risque de se casser, si d'autre part on fait un alliage, par exemple de plomb et d'étain, la bougie devient trop résistante. Après quelques essais, je suis arrivé à faire des bougies métalliques, Pl. II fig. 1ᵉ qui ne laissent rien à desirer. Elles consistent en une tige en métal anglais

ou en acier, longue d'environ 24 centimètres, dont une extrémité est munie d'une petite plaque, b, qui sert à tenir l'instrument entre les doigts et à rendre le toucher plus délicat. Cylindrique, a dans une longueur d'environ 15 cent: cette tige devient ensuite légèrement conique, pour se terminer par une extrémité très fine, a, qui n'est guère plus grosse qu'un cheveu, à trois centimètres de son bout vésical. Le tige est revêtue d'une couche de plomb et passée à la filière, en sorte qu'elle représente une bougie, par exemple du n° 1 qui, presque inflexible pendant 15 centimètres, commence à le devenir ensuite sensiblement et dont l'extremité est emmemment flexible dans un parcours de 3 centim. environ. (1) J'ai plusieurs numéros de ces sortes de bougies. Je prétends qu'avec cet instrument, il est impossible de trouver un rétrécissement qu'on ne puisse franchir; de plus, dès que la partie flexible a passé le rétrécissement, le reste de la tige qui est presque droit, la suit naturellement, le rétrécissement est alors traversé par la partie droite de l'instrument qui opère, malgré son exiguité, une dilatation beau-

(1) Après avoir envoyé mon manuscrit à l'Academie, févr. 1869, j'ai modifié ces bougies. Sur la tige cylindrique d'acier ou de métal anglais plus ou moins longue selon la finesse de l'instrument, j'ai soudé une tige de cuivre recuit, parce que ce métal est le plus convenable. Cette tige est conique et très fine à son extrémité libre. J'ai revêtu cette dernière d'un petit tuyau de plomb, pour le grossir, conique dans son axe vide, et après avoir soudé le tuyau au point de jonction entre le cuivre et le métal anglais, j'ai passé à la filière l'instrument, pour que le plomb adhérât exactement au fil de cuivre. A une extrémité, j'ai soudé une petite plaque, b, et après avoir replié en c l'extremité du fil de cuivre je l'ai soudée avec le tuyau de plomb. J'ai doré l'instrument entier pour ne pas se tacher les mains et parce que la bougie dorée inspire au malade plus de confiance qu'une bougie de fer.

coup plus énergique que si l'on s'était servi de simples bougies en cire. Cette amélioration ne pouvait cependant pas me suffire. Chaque fois qu'avec une de ces bougies capillaires j'étais arrivé jusqu'à la vessie, j'aurais voulu qu'elle pût tout-à-coup grossir assez pour faire une dilatation de dedans en dehors et d'arrière en avant. Cette dilatation de dedans en dehors me semblait présenter de nombreux avantages : 1° la certitude d'être dans la bonne voie et l'impossibilité d'en sortir ; 2° la certitude d'agir sur la partie rétrécie du canal et non sur d'autres. Dans cet ordre d'idées, j'imaginai un premier dilatateur dont je dirai ici quelques mots avant de décrire celui que j'emploie le plus souvent, parce qu'il peut être utile en quelques cas. La partie fondamentale de l'instrument consiste en trois fils d'argent pur, très fins, soudés ensemble par une extrémité légèrement façonnée en forme d'olive. Ces trois fils graissés et appliqués les uns contre les autres, représentaient une bougie fine et flexible, que l'on introduit jusque dans la vessie. On prend ensuite une petite boule d'acier percée de trois trous et fixée au bout d'une tige fine, également d'acier ; on enfile les trois fils d'argent chacun dans un des trous de la petite boule, que l'on pousse jusque dans la vessie et que l'on y maintient avec la tige dont elle est munie. Les trois fils restent ainsi tendus et ne peuvent sortir pendant les manœuvres successives. Cette première petite boule a déjà produit une certaine dilatation, on en prend alors d'autres qui sont graduellement de plus en plus grosses, outre les trois trous périphériques comme la première où doivent être enfilés les fils d'argent, elle en présente un quatrième au centre

par où passera la tige d'acier qui maintient en place la première petite boule à l'extrémité vésicale de l'instrument. La plus petite de ces boules enfilée aux trois fils d'argent, et à la tige d'acier est poussée avec une petite canule qui passe par la tige d'acier jusqu'à ce quelle soit arrivée en contact de la première boule introduite. Cette canule est fendue dans toute sa longueur pour donner passage à une petite plaque soudée à l'extrémité libre de la tige d'acier qui sert à la tenir fixe. On passe successivement et de la même manière des boules de plus en plus grosses jusqu'au point d'obtenir une dilatation énergique.

J'ai encore fait autrefois usage d'un autre dilatateur assez simple. Je place l'extrémité d'une bougie très grêle en corde à boyau sur une plaque de métal réchauffée, afin qu'elle se gonfle; je la vernis avec une lame de mastic fondu à la flamme d'une lampe à esprit, et la bougie ainsi préparée a une extrémité olivaire des mieux appropriée. On empile alors sur la bougie des grains de verre ou métalliques d'une grosseur graduée, de manière à occuper une ligne de 5 à 6 cent. et on les pousse au moyen d'une sonde jusqu'à l'extrémité vésicale de l'instrument. Ces grains en franchissant le rétrécissement font une dilatation graduelle très efficace, et la sonde après avoir poussé le chapelet, vient butar contre le rétrécissement et augmenter l'effet déjà produit. On comprend facilement que rien n'empêche d'employer l'instrument tout monté comme à P. II fig. 2. On peut encore remplacer la bougie de corde à boyau par un fil métallique : (1) c'est ce que j'ai fait der-

(1) Ici le copiste a tout-à fait sauté la description de l'instrument.

nièrement, comme on peut le voir dans la figure citée. La canule, a, est plus large dans son pavillon, et reçoit une vis terminée en bouton, c. L'extrémité interne de cette vis est munie d'un dé, qui a une vis à pression, la quelle sort avec son bouton hors de la canule par une fente longitudinale. Un gros fil de cuivre, conique et très fin dans une de ses extrémités, traverse l'instrument entier de *c* à *e*. Dans sa portion conique, *d*, sont enfilés un certain nombre de grains métalliques gradués en forme de pyramide, V: fig. 3. Chaque grain a un trou proportionné à la portion de fil qu'il occupe; et il est creusé pour recevoir une partie du grain qui se trouve au dessous. Le dernier grain, *e*, est soudé au fil de cuivre, qui est fixé à son autre extrémité avec la vis à pression. En tournant la vis en dehors, *e*, le fil de cuivre se tend davantage, et alors tous les grains s'enchâssent fortement l'un sur l'autre: au contraire en ralentissant la vis, les grains s'articulent librement. Dans ce cas la fléxibilité de l'instrument est égale à celle du fil de cuivre recuit, c'est à dire comme la cire: tandis que quand le fil est en tension forcée et les grains étroitement enchâssés, l'instrument acquiert une rigidité presque infléxible. L'opérateur a donc entre les mains un instrument, qui, à volonté et dans les divers moments de l'introduction, est fléxible comme la cire, ou infléxible comme une sonde d'argent. Les grains en franchissant le rétrécisse-

comme on le voit dessiné P. II fig. 2 c'est pour cette raison je l'espère que la Commission ne s'est pas arrêtée sur cet instrument. Moi-même je me suis aperçu de cette omission au moment où je corrigeais les premières épreuves d'imprimerie.

ment font une dilatation graduée, par conséquent, si l'on peut porter l'instrument dans la vessie dès la première séance, on a immédiatement une dilatation égale au N° 8. Dans les séances successives, on peut défaire l'instrument, et changer quelques grains contre d'autres plus gros, et de cette manière, obtenir en 2 ou 3 séances une dilatation n° 12 à 15. Arrivé à ce point, on peut confier le reste du traitement au malade lui même avec les grosses bougies en cire (1). J'ai voulu dire deux mots de ces instruments.

(1) Pour confirmer l'utilité de cet instrument, je crois ne pouvoir rien dire de plus persuasif que de citer l'observation suivante. Le chevalier B. de Ferrare, âgé de 48 ans et employé dans un des Ministères, souffrait depuis huit ans de rétrécissement de l'urèthre dû à plusieurs blennorragies de longue durée qui ont tourmenté sa jeunesse. Quelque temps après, il s'aperçut que le jet de l'urine était plus petit, devenait filiforme, et qu'enfin il avait tous les symptômes des rétrécissements urèthraux, sans excepter l'ischurie qui de temps en temps le tourmentait. Le 19 mars dernier, j'ai entrepris le traitement. Pour expérimenter l'utilité de mes instruments, je commençai la première séance avec les bougies ordinaires en cire, élastiques, etc. Chez M.r B. aussi, j'ai appliqué à la première séance ces bougies jusqu'à la plus mince, mais sans pouvoir réussir à en introduire aucune dans la vessie. Le rétrécissement se trouvait dans la portion membraneuse de l'urèthre. Après une demi-heure d'inutiles essais, j'ai laissé reposer le malade. Le matin du 21, j'ai appliqué le dilatateur fig. 2 P. II et après avoir un peu travaillé sur le rétrécissement, comme on ferait avec une lime, et serré la vis, je l'ai poussé jusque dans la vessie. J'ai laissé l'instrument en place pendant 20 minutes, et j'ai eu la satisfaction de voir un jet d'urine presque normal. Je puis assurer que le malade affirmait n'avoir pas éprouvé plus de souffrance avec cet instrument qu'avec la bougie de cire. Le lendemain, j'ai mis de gros grains à l'instrument, et je l'ai introduit avec la plus grande facilité dans la vessie, en obtenant ainsi une dilatation égale au n° 14. Je me suis servi pendant quelques jours de grosses bougies en cire, et le malade, qui ne s'est pas même absenté un seul jour de son Ministère continuant de

parce qu'ils m'ont été de quelque utilité, mais j'étais loin avec eux d'avoir résolu le problème que je m'étais posé. La fine bougie en plomb qui a sur tous les autres instruments l'avantage de franchir facilement les rétrécissements devait acquérir, une fois dans la vessie, un volume assez considérable pour opérer en la retirant une dilatation efficace. Le problème fut complètement résolu au moyen de l'instrument que je vais décrire. Pl. II, fig. 3. Il est flexible à son extrémité, b, d, comme une bougie en plomb. Il est composé d'une canule d'argent des plus minces de 15 cent. de longueur qui se prolonge par une tige cannelée très fine, également d'argent, et longue de 10 centim. b, d, cette dernière partie de l'instrument est très flexible, et cette flexibilité dépend de la manière dont la tige est construite. Elle est faite d'une feuille d'argent sur laquelle sont soudés deux fils d'argent parallèles qui forment avec elle la rainure. Un troisième fil d'argent libre se cache dans la rainure et parcourt l'instrument dans toute sa longueur. Ce troisième fil d'argent est fixé par ses deux bouts aux deux extrémités de l'instrument de la manière suivante : l'extrémité vésicale de l'instrument finit par une petite vis sur laquelle on visse une petite boule qui représente l'extrémité olivaire des bonnes sondes. La rainure se prolonge sur la vis dont elle échancre la pointe, on y cache le bout du fil replié

lui même cette opération. J'ai eu l'occasion de le revoir le 26 juin, et j'ai appris avec plaisir qu'il continuait à se porter parfaitement et qu'il introduisait tous les quinze jours une bougie n° 20 sans aucune difficulté.

en crochet ; et on l'y fixe en vissant le bouton terminal. On peut encore faire d'une autre façon : l'instrument se termine par un très petit écrou qui intérieurement a quelques pas de vis. Le fil se termine comme une tête ronde de vis et a immédiatement au-dessous quelques pas de vis mâle. On introduit le fil dans l'instrument, et pour le fixer, il suffit de le visser sur le petit écrou. D'une manière encore plus simple, mais moins artistique, on peut souder le fil directement sur l'instrument. L'extrémité libre de la canule, *a*, est un peu plus grosse ; elle est munie intérieurement à son ouverture de quelques pas de vis. Cette partie d'une longueur de 2 centim. a latéralement les deux anneaux des sondes ordinaires et présente entre eux une fente longitudinale. À l'intérieur, elle reçoit une vis d'un cent. de longueur qui à une extrémité est munie d'un petit volant, *e*, l'autre est unie à un petit cylindre qui peut tourner sur son axe tandis que la vis reste immobile et réciproquement. Ce petit cylindre est muni latéralement d'un trou par où passe une vis à pression. Le cylindre et la vis sont perces à leur axe, et reçoivent le bout du fil d'argent qui se trouve fixé et tendu par la vis de pression dans le petit cylindre. La cheville de la vis à pression s'engage dans la fente pratiquée à la canule et peut la parcourir. Supposons que la vis soit entièrement cachée dans la canule et que le fil ait été fixé et mis dans une tension complète, en tournant le volant, la vis s'éloigne de la canule, et le fil d'argent s'en éloigne également, tout en ne subissant aucune torsion, fixé qu'il est sur le cylindre. Une fois sorti de la canule, il tire sur l'extrémité vésicale du dilatateur, en l'obligeant de céder et de se courber en forme

d'arc Pl. II fig. 3ème dont le fil représente la corde, *c*. Si l'on fait rentrer la vis, le fil reprend la position qu'il avait auparavant dans le cannelure. Si l'on jette un coup d'oeil superficiel sur cet instrument, on croira tout d'abord que cet arc n'a pas assez de force pour dilater un rétrecissement, mais il faut se représenter le manière dont il agit, et mieux encore il faut l'examiner après qu'il a été extrait d'un urèthre affecté de retrécissement. En effet, à mesure qu'on retire l'instrument, l'arc commence à s'engager dans le rétrecissement, le fil rentre dans la rainure, en même temps l'arc devient plus petit et gagne en proportions une plus grande résistance, il arrive un moment où ce n'est plus qu'un tout petit arc, mais il n'en est que plus résistant. On peut jugar du degré de dilatation suivant le plus ou moins de tours que l'on a imprimé à la vis. De deux choses l'une, ou l'instrument sortira facilement, ou bien il vous faudra employer beaucoup de force. Etes-vous partisan de la dilatation forcée? eh bien! tirez, car vous êtes sûr de ne pas dévier de la bonne voie. Vous ne voulez pas au contraire exercer une grande force, relâchez un peu la vis et tirez modérément et lentement, et quand l'instrument sera dehors, vous aurez toujours obtenu une dilatation bien plus grande que si l'instrument n'avait été qu'une simple bougie. Si la dilatation n'a pas été complète après la première séance, il en faudra sûrement un bien petit nombre pour y arriver. Quels peuvent être les inconvénients que l'on peut attribuer à cet instrument? Assurément aucun dans son introduction, il entre comme une bougie en cire. Je ne prétends pas qu'on puisse franchir librement tout rétrécissement au moyen

de mon dilatateur, mais je déclare franchement que là où passent les autres bougies, qu'elles soient en cire ou en corde à boyau, etc, passera également bien mon dilatateur. On pourrait proposer d'ajouter à mon instrument une petite bougie filiforme, au moyen d'un ajutage à vis comme cela se fait pour tous les uréthrotomes modernes. Sans doute cela ne présente aucune difficulté, parceque la vis même de la bougie se visse sur l'extremité de mon instrument et vient de plus y fixer le fil d'argent. Mais je ne vois pas un grand avantage à cela. Je puis attester que jusqu'à présent, quand je n'ai pu réussir à franchir un rétrécissement insurmontable avec mon instrument, il m'a été également impossible de le franchir avec ces bougies filiformes, et qu'au contraire quand j'ai pu traverser les rétrécissements les plus graves avec ces dernières, il m'a été également donné de le faire avec mon dilatateur.

Dans son extraction, il peut présenter quelques inconvénients qui sont le fait soit de la personne qui s'en sert, soit de l'instrument lui-même. On peut le retirer en employant une grande violence, et nous aurons alors tous les dangers d'une dilatation forcée. Mais on peut serrer la vis autant qu'il faut pour exercer une force modérée. Il vaut beaucoup mieux insister sur un certain degre de traction continue que d'employer une grande force, il en sera ici comme pour l'application du forceps ou pour le dernier temps de la taille: les organes traités avec douceur cèderont peu à peu. On objectera que le dilatateur ouvert n'a pas une forme cylindrique et que ne présentant qu'un seul diamètre, il ne dilatera qu'un seul diamètre. C'est là, à mon avis, une objection bien faible. Admettons néanmoins que la dilatation ne s'effectue

pas uniformément sur tous les points du rétrécissement, il suffit d'obtenir une dilatation suffisante pour donner passage à une sonde ordinaire dont l'action sera de calibrer l'urètbre. On pourra encore faire observer que si l'on veut faire rentrer le fil dans la rainure, il ne pourra venir s'y replacer, parce que, entre lui et l'instrument, la membrane muqueuse de l'urèthre sera venue s'entremettre. Je me permettrai de répondre que l'instrument a déjà pris une forme courbe, que le fil répond à la concavité, qu'il forme la corde de l'arc et que par conséquent il soulève la paroi uréthrale supérieure; et qu'en se défendant, il la précède dans la rainure. D'ailleurs, j'ai appliqué l'instrument un grand nombre de fois non-seulement sur des urèthres affectés de rétrécissements, mais encore sur des urèthres à l'état sain, et jamais je n'ai éprouvé la moindre difficulté à replacer le fil dans la cannelure. L'instrument produit la dilatation lorsqu'on le retire de dedans en dehors, la membrane muqueuse ne viendra-t-elle pas s'interposer entre l'arc et la corde, et, à mesure que l'on retire le dilatateur, ne sera-t-elle pas pincée par l'angle postérieur formé par le fil et la bougie? Ne nous exposons-nous pas à la déchirer, à l'arracher? S'il en était ainsi, en retirant l'instrument ouvert à travers un urèthre à l'état sain, on devrait éprouver quelque obstacle. Il en est tout autrement, car on retire le dilatateur ouvert avec la même facilité que si c'était une sonde ordinaire, et sans que l'individu ressente le moindre douleur, ce que je puis garantir en toute connaissance de cause, puisque je l'ai essayé sur moi-même et sur beaucoup d'autres personnes. D'ailleurs la forme prise par l'instrument, lors de son

extraction, n'est pas précisément celle d'un arc; il ressemble presque à un ovale avec une extrémité très aiguë, et l'autre très arrondie et large, formée en grande partie par la bougie d'argent; cette extrémité est placée postérieurement on peut la comparer à un œil volumineux de sonde De plus la membrane muqueuse est très mince, elle adhère intimement à la paroi; et elle est tirée en même temps que l'urèthre par le dilatateur, sans faire des plis qui puissent être pincés par l'arc Assurément si un polype existait dans l'urèthre, l'anse de l'instrument pourrait l'accrocher et le déchirer; et j'espère qu'on pourra utiliser mon instrument dans ce cas de l'urèthre et dans d'autres cavités difficiles à dominer. Enfin on pourra m'objecter que le fil entre dans les chairs, et que ce dilatateur n'est au fond qu'un uréthrotome. Sans doute si vous plaçez un fil très mince, par exemple un fil de platine, il coupera là où l'instrument trouvera un obstacle à passer, et vous aurez alors un excellent uréthrotome puisqu'il présentera sur les autres l'avantage d'une introduction beaucoup plus facile, de plus, il incisera d'arrière en avant sans crainte de dévier du droit chemin, et n'incisera que le rétrécissement; le fil, quelque fin qu'on le suppose, n'agira que comme un bistouri à lame ronde et grosse, et, pour employer une expression usitée, il fera une incision sèche. Mais est-il possible qu'un gros fil d'argent puisse tailler les chairs? Il faudrait pour le moins employer une grande force, et le chirurgien aura toujours la faculté d'agir autrement, puisqu'il peut à volonté desserrer la vis, s'il éprouve trop de résistance Enfin je ferai remarquer que ce n'est pas tant par le fil qui prend la ligne droite, que l'in-

strument dilate, mais bien plutôt par la petite et forte courbe de la bougie qui se trouve en dehors de l'axe de l'instrument et partant en dehors de celui de l'urèthre. En admettant que l'on veuille transformer le dilatateur en un uréthrotome, on pourrait l'accuser de faire porter l'incision sur la paroi supérieure de l'urèthre. Sans tenir compte que bien des urethrotomes coupent dans une seule direction déterminée, est-il plus rationnel de faire porter l'incision sur la paroi postérieure ou inférieure, comme on voudra l'appeler, ainsi que le font la plupart des uréthrotomes? s'il s'agissait de la portion prostatique je n'hésiterais pas à choisir l'incision postérieure; mais sur la portion membraneuse et la spongieuse, l'incision de la paroi supérieure est bien préférable. N'est-ce pas précisément sur ces deux portions que l'on pratique plus volontiers l'uréthrotomie, à tel point que quelques praticiens se refusent à admettre l'opportunité sur la paroi prostatique? Il y aura donc un avantage réel à avoir la lame de l'uréthrotome qui coupe supérieurement. Ainsi, même à ce point de vue, cet instrument présente un progrès sur les autres. J'ai voulu examiner brièvement ces quelques objections, que peut soulever un examen superficiel de mon instrument pour montrer qu'elles sont sans valeur. Je n'ai pourtant pas eu l'intention de faire l'éloge de mon dilatateur qui, s'il présente quelque mérite, saura bien le prouver entre les mains des chirurgiens. Néanmoins, les faits que je vais exposer, sont par eux-mêmes de la plus haute importance.

Digitized by Google

Première observation

Joseph Selvi de Florence a été reçu dans les salles de la clinique chirurgicale, le 18 novembre 1866. C'était un individu de 40 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, portant les traces du rachitisme. Il raconte avoir joui en général d'une bonne santé et avoir mené une vie régulière. Néanmoins son état de célibataire lui avait procuré quelques blessures dans les combats de Vénus. Dans sa jeunesse, il avait souffert plusieurs blénorrhagies de longue durée qu'il s'était bien gardé de traiter, parce que dans sa pathologie à lui, il fallait laisser libre cours à la maladie pour ne pas s'exposer à la vérole. Notre malade guéri, il se passa 4 ou 5 ans, sans qu'il s'aperçût de la moindre incommodité dans le canal de l'urèthre. Très méticuleux sur sa santé, il assurait, que pendant tout ce temps, le jet de l'urine avait toujours été gros, qu'il s'échappait avec force et rapidité et faisait la parabole ordinaire. Ce n'est qu'après ces quelques années, et sans cause appréciable, que le malade commença à éprouver quelque difficulté dans la miction; le jet n'était pas encore plus petit, mais il sortait avec moins de rapidité, ce qui obligeait le malade à mettre plus de temps pour uriner, après quoi, il coulait encore quelques gouttes. L'écoulement est un peu revenu ainsi que la cuisson. À partir de ce moment, on rencontre une suite de symptômes qui auparavant n'avaient jamais été remarqués par le malade. Ainsi, en remontant jusqu'à la blennorrhagie, nous avons

deux périodes diverses et bien distinctes à la première, appartiennent les symptômes qui représentent directement l'inflammation, à la seconde, ceux qui découlent d'un obstacle à la libre émission de l'urine. Ce cas, loin d'être exceptionnel, est des plus ordinaires et peut servir de type pour une description didactique. Du moment que notre malade commença à souffrir la disurie, il n'eut plus un jour de bien être complet. Peu à peu, le jet de l'urine devint plus fin, moins fort, il s'échappait parfois en arrosoir. Pour émettre les premières gouttes d'urine il lui fallait faire des efforts, les envies étaient plus fréquentes, l'urèthre était le siége de sensations douloureuses, le besoin d'uriner ne pouvait être satisfait de suite, et après avoir fait des efforts répétés et pris diverses positions, il sentait que l'urine descendait le long de l'urèthre jusqu'à un certain point où elle s'arrêtait, elle tombait ensuite goutte à goutte, et coulait par un jet fin et intermittent. Le malade n'était arrivé à cet état de strangurie que quatre ans après les premiers symptômes du rétrécissement et 10 ans après les blennorrhagies. Durant tout ce temps, il n'avait cessé de se soigner, redoublant de précaution, et s'il ne s'était pas adressé à une personne de l'art, c'est qu'il ne croyait pas à la médecine.

Mais arrivé au point de ne pouvoir plus uriner, il était entré à l'hôpital, en proie aux angoisses de l'ischurie. La vessie dépassait l'épigastre de plus de quatre travers de doigt. On administra au malade les secours les plus ordinaires en pareille circonstance, bain entier, applications de sangsues, saignée, potions et lavements calmants. Quand l'ischurie est en grande partie sous l'influence de l'élément spasmodique, j'ai

beaucoup à me louer de demi-lavements contenant une forte dose d'eau distillée de laurier cerise et d'opium. Mais dans le cas présent, tous ces moyens n'eurent d'autre effet que de diminuer la fréquence et l'intensité des efforts pour uriner. Nous étions au commencement de l'année scolastique, et le Prof. Burci qui venait de reprendre la clinique, après avoir montré aux élèves la nécessité de recourir aux moyens chirurgicaux, put s'assurer d'abord qu'il existait un rétrécissement au commencement de l'urèthre membraneux; il essaya de le franchir, mais inutilement avec des bougies en arc, en gomme élastique et en corde à boyau; et après une courte séance, il recommanda d'insister sur les moyens précédents. Je revis le malade dans l'après-midi: les souffrances étaient à leur comble. J'introduisis alors le plus délicatement possible ma petite bougie de plomb jusque sur le rétrécissement, que je parvins à franchir, mais à une courte distance, environ à un centimètre du premier, j'en rencontrai un second bien plus fort et plus difficile à traverser, néanmoins, je pus le franchir, et il me fut alors facile de porter l'instrument jusque dans la vessie. Après quelques minutes, je le retirai et le malade put émettre, avec un jet très fin, une certaine quantité d'urine. Il fut ensuite possible au malade d'uriner lui-même encore deux fois en éprouvant le plus grand soulagement. Mais dans la soirée, les bons effets produits par l'introduction de la bougie s'évanouirent, et le malade fut de nouveau en proie à tous ses tourments. Le lendemain matin, la vessie s'était élevée jusqu'au niveau de l'ombilic; le malade était dans un état de prostration profonde, la température abaissée, le pouls lent et petit, la physionomie dé-

composée. Le Prof. Burci expliqua aux élèves la nécessité urgente de prendre un parti énergique, dût-on recourir même à la ponction de la vessie. Parmi les moyens à employer, il mettait en premier lieu l'application de mon dilatateur, parce qu'il lui paraissait, si non le moyen le plus sûr pour vider la vessie, au moins le moins dangereux, et il m'invitait à l'appliquer moi-même en présence des élèves.

Je voulus auparavant bien m'assurer avec la bougie en plomb, si nous étions dans les mêmes conditions que la soirée précédente. Dans le cas contraire, j'étais décidé à me servir de l'anesthésie. Je conduisis le dilatateur jusque dans la vessie sans trouver de plus grandes difficultés que pour la bougie de plomb. Après avoir jugé par la portion de vis qui était sortie, que l'instrument était suffisamment ouvert pour obtenir une dilatation convenable, je commençai à retirer l'instrument d'une manière lente et graduelle. Il coula du méat urinaire à peine deux gouttes de sang, la même quantité et peut-être encore moins que celle qui s'était écoulée le jour précédent avec les bougies, et le malade déclara qu'il avait encore moins souffert. Je pus alors passer avec la plus grande facilité une sonde, en gomme élastique, du N° 12, et la vessie fut immédiatement vidée. La sonde fut laissée à demeure : l'urine dès le premier jour devint limpide ; le malade prit du bouillon et quelque aliment solide, et passa une nuit tranquille. Dans l'après midi du lendemain, je lui mis une sonde du N° 18 qu'il tint pendant une semaine. Après quoi, on introduisit chaque matin une grosse bougie, comme il est prescrit à toute personne qui a obtenu une dilatation complète avec le procédé ordinaire, et pour bien suivre les effets de ce nouveau

procédé de dilatation, je retins le malade dans la clinique jusque vers les premiers jours du mois de janvier suivant.

Seconde observation

Laurent Lucaccini de Florence, âgé de 34 ans, tempérament lymphatique, fut reçu à la clinique le 3 Janvier 1867, affecté depuis longtemps de disurie. À l'âge de 25 ans, il avait eu une gonorrhée chronique qu'il n'avait point traitée. Il avait parfois ressenti de la difficulté à uriner et une sensation de cuisson vers le bulbe uréthral, assez douloureuse pour arrêter quelquefois la miction. La disurie qui d'abord n'avait été que momentanée, avait pris depuis une année un caractère permanent, et était allée peu à peu en augmentant. Nous retrouvons ici les deux périodes notées chez le précédent malade, dans la première, la disurie était évidemment sous la dépendance du spasme, dans la seconde, sous celle d'une altération matérielle du canal. L'exploration directe faisait découvrir un obstacle au passage d'un instrument quel qu'il fût à l'orifice antérieur de l'urèthre membraneux; il n'était pourtant pas difficile de faire arriver jusque dans la vessie une bougie en cire n° 4. En présence des élèves, je passai avec la même facilité le dilatateur et j'opérai la dilatation; aussitôt après, j'introduisis une sonde en gomme élastique du n° 12, le lendemain j'en mis une autre du n° 18, et après l'avoir tenue huit jours à demeure, je permis au malade de s'en retourner chez lui, après lui avoir montré comment il devait se sonder pendant quelque temps encore.

Troisième observation

Ce cas a été pour moi d'un grand intérêt, car il m'a procuré l'opportunité de faire des considérations cliniques sur la forme la plus commune des rétrécissements anciens, où l'on rencontre facilement associés les divers éléments morbides, que j'ai admis comme producteurs de cette maladie. Rodolphe Dolfanti de Padoue, âgé de 40 ans, d'un tempérament nerveux, fut reçu à la clinique le 16 Janvier 1867. Dans sa jeunesse, il avait eu plusieurs blennorrhagies; de temps en temps il avait souffert de disurie de forme spasmodique, même en dehors des époques d'acuité de l'urèthrite. Quelques années après, il entra dans cette seconde période dont nous avons déjà parlé plusieurs fois; la disurie devint permanente et progressive; il coulait de l'urèthre une sécrétion puriforme sous forme de goutte militaire; les souffrances arrivèrent peu à peu jusqu'à la strangurie permanente et à l'ischurie momentanée. D'autres médecins et des plus habiles dans les opérations sur les voies urinaires, l'avaient examiné et aucun n'avait pu réussir à franchir l'obstacle qui existait vers le milieu de la portion spongieuse. Moi même je fis voir aux élèves qu'une grosse sonde s'arrêtait à 8 centim. du méat. On dominait bien ce point avec la palpation. Loin de sentir aucun épaississement de la paroi, on apprécait au contraire très bien que la périphérie externe de l'urèthre s'était rétrécie en ce point. Ce n'est pas là un fait nouveau, je dirai même

qu'on l'observe fréquemment. Je pris des instruments divers de forme, de dimension et de matière, mais aucun d'eux ne put franchir l'obstacle, à l'exception d'une de mes bougies métalliques, le n° 3. Après avoir librement poussé au de là l'instrument environ trois centimètres, je rencontrai un autre obstacle. À ce point, la difficulté fut insurmontable. Je ne m'obstinai pas à la vaincre, car ma propre expérience m'a suggéré en pareils cas de porter d'abord le premier rétrécissement jusqu'à une certaine dilatation pour attaquer ensuite le second avec plus de facilité. Auparavant, j'avais l'habitude, moi aussi, de vouloir arriver de suite dans la vessie, je perdais ainsi bien de temps avant de pouvoir y arriver avec une bougie des plus fines, et il m'arrivait quelquefois de ne pouvoir plus passer l'instrument le lendemain; et, en attendant, le malade se décourageait et le traitement se prolongeait indéfiniment. Mais après avoir pris la détermination de ne m'occuper du second rétrécissement qu'après avoir préalablement dilaté le premier, j'ai pu me convaincre que cette manière de procéder dans le traitement offrait de grands avantages, car tandis qu'il semble qu'on doive ainsi l'allonger, on le raccourcit au contraire au de là de toute espérance. J'introduisis donc mon dilatateur jusqu'au second rétrécissement, et je fis la dilatation du premier qui était très résistant, ce qui m'obligea à employer assez de force. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent du méat, et rien de plus. Je maintins ce degré de dilatation en passant plusieurs fois par jour des bougies en gomme élastique. Quelques jours après, je pus traverser le second rétrécissement avec une de mes bougies mé-

taliques n° 3 que je portai jusque dans la vessie. Après quoi, d'autres bougies en cire et en gomme élastique passèrent facilement, et la dilatation totale de l'urèthre était mesurée par une sonde du n° 18. Peut-être aurais-je pu dans une seule séance avec mon instrument obtenir une dilatation complète, lorsque tout-à coup le malade fut pris de la miliaire et, en l'attribuant à son séjour à l'hôpital, il en sortit volontairement le 5 Février.

Parmi les nombreux cas de rétrécissements où j'ai appliqué mon dilatateur, j'en ai choisi trois qui se sont présentés à la clinique, parce que j'ai pu les traiter en présence des élèves et de mes confrères. Je ne parle pas des autres cas que m'a fournis la pratique en ville, quoiqu'ils m'aient donné de brillants résultats, ce serait m'engager dans une description longue et monotone. Je ne puis pourtant passer sous silence quelques-uns d'entre eux, vu qu'ils me semblent très-importants.

Quatrième observation

M. Pierre Sottili, de 45 ans, tempérament lymphatique nerveux, employé à la Commune, après avoir souffert des blennorrhagies prolongées dans sa jeunesse, commença en urinant à éprouver des difficultés qui augmentèrent graduellement jusqu'à produire la stranguria et l'ischuria. Après 15 ans de souffrances, il en arriva à être réduit à uriner goutte à goutte et non sans de grands efforts, à tel point qu'il avait un besoin presque continuel

d'uriner. Pendant l'été de 1866, il se déclara au périnée un abcès urineux qui le força à réclamer mes soins. À ma première visite, j'ouvris l'abcès et je lui donnai le conseil de se soumettre sans retard à un traitement par dilatation, ce que le malade ne put faire, à cause de son emploi. Il s'établit une fistule urineuse; et ce ne fut que quelques mois après, en octobre, que le malade se soumit au traitement. Par l'examen direct de l'urèthre, je rencontrai sur la limite postérieure de la fosse naviculaire un premier rétrécissement, et un second sur l'orifice antérieur de l'urèthre membraneux. Comme je l'ai déjà dit, dans des cas semblables, je m'occupe d'abord du premier rétrécissement, sans perdre du temps à aller à la recherche des autres. Dans le cas présent, le premier rétrécissement n'exigea que deux séances, séparées par un jour de repos; et, au moyen de bougies graduées, je portai la dilatation jusqu'au n° 11; car je ne crains pas de la forcer un peu dans cette première portion de l'urèthre. À la 3me séance, j'arrivai facilement sur le second rétrécissement que je franchis avec une bougie fine, mais après un parcours d'environ 1 cent. c'est-à-dire vers le milieu de l'urèthre membraneux, je rencontrai un troisième rétrécissement beaucoup plus fort que les précédents. Arrivé à ce point, aucune bougie ne pouvait plus avancer; je réussis pourtant à franchir l'obstacle avec une de mes bougies métalliques des plus fines. Je la retirai quelques minutes après, et l'urine vint à couler à jet. Dans la journée, il y eut un accès de fièvre uréthrale. Deux jours après, ayant eu soin de faire prendre auparavant une dose de sulfate de quinine, j'introduisis de nouveau la

même bougie, et l'accès se renouvela. Le même fait se reproduisit après une troisième séance, et je me décidai alors à appliquer mon dilatateur. C'était pour la première fois que je faisais cette application, aussi étais-je resté quelque temps dans l'hésitation, car ce cas ne me semblait pas des plus propices pour soumettre à l'épreuve un instrument nouveau. J'introduisis très doucement l'instrument dans la vessie, comme j'avais fait les jours précédents pour la bougie; j'ouvris le dilatateur, assez pour que la vis sortît de 3 m. m., et je le retirai très lentement. Sans doute je dus employer une certaine force pour l'extraire, mais à ma grande surprise, le malade ne sentit aucune douleur et il ne s'écoula pas même une goutte de sang. J'aurais cru n'avoir obtenu aucun effet si la force prise par l'instrument ne m'avait montré qu'il devait s'être produit une notable dilatation. Je voulus alors passer une sonde élastique n° 18, munie de son mandrin, pour m'assurer de la dilatation effectuée, et parce que je crois cette pratique utile, en la tenant quelques jours à demeure pour calibrer l'urèthre et corroborer l'effet produit par la dilatation. Le malade qui jusqu'alors ne s'était aperçu de rien, cherchait à me convaincre que cette sonde ne pourrait passer en aucune manière: elle entra au contraire comme une épée dans son fourreau. J'aurais pu passer une sonde n° 20 et 22, mais devant la tenir à demeure, je choisis un n° inférieur. Le malade n'éprouva aucun trouble; le 3e jour, je mis une sonde n° 22, que je laissai en place 4 ou 5 jours. Depuis lors, le traitement fut des plus simples. Le malade s'introduisait lui même la même sonde n° 22 chaque matin, il vaquait à ses occupations et ob-

servait en définitive les mêmes précautions que l'on conseille à qui a subi un traitement par dilatation. Depuis lors, quatre ans sont écoulés et le malade n'a plus rien éprouvé dans les voies urinaires.

Cinquième observation

Le Chevalier J. M. . . employé dans un ministère, d'une forte complexion, tempérament veineux, âgé de 35 ans, était affecté depuis près de 12 ans de rétrécissements de l'urèthre qui avaient résisté aux essais de traitement par dilatation pratiqués ailleurs. Depuis trois ans, il était affecté de strangurie, tout en menant une vie sobre et régulière, il était obligé de s'introduire, chaque fois qu'il voulait uriner, une bougie des plus minces en gomme élastique ou en corde à boyau, et, en la retirant, il urinait par un jet mince comme un cheveu. Un jour qu'en raison de ses fonctions, le Chevalier M. . . dut rester trois heures sur pied, il ne put plus introduire dans la vessie la bougie mince dont il se servait habituellement. Je fus alors appelé pour la première fois, j'employai sur le moment les moyens ordinaires qui donnèrent un peu de calme au malade et permirent à la bougie de passer. Le cinquième jour, le malade était revenu à son état habituel. J'essayai d'introduire le dilatateur, que je pus porter jusque dans la vessie. Le rétrécissement était situé sur le commencement de la portion membraneuse. Je retirai l'instrument ouvert; et je mis à sa place une sonde élastique n° 18. Ni douleur, ni

écoulement de sang, aucun dérangement pendant tout le reste de la journée. Le lendemain, je passai une sonde n° 20, que je laissai en place durant 5 jours. Depuis, lors le Chev. M. . . se trouva parfaitement guéri; il n'a plus ressenti aucun trouble dans les voies urinaires, il s'introduit dans le canal par pure précaution, de temps à autre, une sonde du n° 22.

Sixième et Septième observations.

Je cite encore ici deux observations, parce qu'elles ont rapport à deux cas où les effets du dilatateur ne se montrèrent pas immédiatement, mais dans la suite. Le D. Cirigotti traitait depuis environ 6 mois un individu affecté de rétrécissement, et il n'avait jamais pu arriver à passer une bougie d'un numéro supérieur au n° 6. Il me fit appeler en consultation pour appliquer mon dilatateur; j'essayai de l'introduire, mais je ne pouvais arriver à l'introduire jusque dans la vessie. Le malade était nerveux et peureux à l'excès. Je proposai la chloroformisation, qui fut rejetée par le malade. Je pense que dans les cas où il est difficile d'introduire l'instrument, l'anesthésie doit être d'un immense avantage; mais chez nous on rencontre une grande répugnance à se soumettre à ce moyen si efficace. Enfin, après de nombreux essais, je pus franchir le rétrécissement, et porter le dilatateur dans la vessie. Le rétrécissement se trouvait à l'orifice de l'urèthre prostatique. J'ouvre l'instrument, je le retire lentement et je m'aperçois par la forme qu'il a prise, qu'il s'est produit

une dilatation suffisante. Je veux alors porter une sonde élastique dans la vessie, mais la sonde ne passe pas. Toutefois le malade urine beaucoup mieux et n'éprouve aucun dérangement dans le courant de la journée. Le lendemain le D. Cirigotti put porter dans la vessie des bougies de plus en plus grosses, et au bout de 15 jours, la dilatation était complète.

J'eus l'occasion de rencontrer un fait semblable dans un des services de notre hôpital de S. Maria Nuova. Il y avait depuis 18 mois dans ce service un malade souffrant d'un rétrécissement des plus graves, situé à la partie postérieure de l'urèthre membraneux. Durant ce long espace de temps, il avait été traité par trois chirurgiens qui s'étaient succédé dans le service, et bien rarement on avait pu franchir le rétrécissement avec les plus fines bougies. Invité par le D. Tommasi, qui était alors à la tête du service, à appliquer mon dilatateur, j'en fis l'introduction, non sans rencontrer de graves difficultés. Après l'avoir retiré ouvert, je pus constater que la dilatation avait été assez grande. Mais pourtant je ne pus également dans ce cas, porter une sonde dans la vessie. Néanmoins l'urine coula de suite plus facilement, et quelques jours après, le chirurgien de service put introduire de grosses bougies, et la guérison fut complète. Je crois qu'on éviterait l'inconvénient de ne pouvoir dans quelques cas introduire une sonde dans la vessie, en employant l'anesthésie pendant la séance de dilatation.

NOTE. — Les N° qui représentent le degré de dilatation se rapportent généralement à la filière Charrière divisée par ½ de millimètre.

APPENDICE

Sur un nouveau procédé opératoire pour la taille chez l'homme.

Les considérations anatomiques et cliniques dont j'ai fait mention dans le premier paragraphe de ce travail, me portaient à penser que la taille latéralisée, tout en étant employée de préférence, n'était pourtant pas tout à fait exempte d'inconvénients. Certes, bon nombre de chirurgiens, et non des moins illustres, ont imaginé, conseillé et exécuté la taille de bien d'autres façons. Je pourrais citer tous les défenseurs et tous les partisans de la taille médiane, ceux de la taille bilatérale, prérectale, etc. Il m'a toujours semblé que chacune de ces opérations présente des inconvénients et des avantages tels, qu'il est souvent bien difficile de se décider pour l'une ou pour l'autre. En conséquence, je me mis à la recherche d'un procédé qui pût réunir, si c'était possible, tous les avantages que présentent les divers manières de pratiquer la taille et qui, pourtant, eût moins d'inconvénients que chacun d'eux en particulier. Chaque opérateur aime avec prédilection un des procédés opératoires, et il l'exécute le plus souvent; mais en certains cas spéciaux, il est obligé d'y renoncer et de recourir au contraire à quelque autre. On rencontre

souvent ces cas spéciaux, là où il y a une pierre très grosse. Dans ces cas, ou l'on écrase la pierre en vessie pour l'extraire en petits morceaux, ou bien on pratique la taille prérectale, bilatérale, multilatérale. Mettons de côté le premier procédé, pour lequel je voudrais soubaiter de n'être jamais obligé de le pratiquer: parlons des autres qui présentent bien des inconvénients et peu de ressources, ne permettant le passage à de gros calculs qu'en faisant une dilatation forcée ou bien en déchirant ces parties. Mon procédé est celui qui ouvre une plus grande voie que tous les autres, qui évite plus sûrement que les autres le bulbe urétbral, l'intestin et les vaisseaux artériaux, et que loin d'en produire des fistules urinaires consécutives, comme les autres procédés, produit une blessure qui cicatrise promptement comme la taille latérialisée simple. Je l'ai exécuté cinq fois à la clinique et dans ma chentèle privée, mes confrères les Dr Pierozzi, et Frascam, Paladini, Billi etc. l'ont également exécuté, et il a donné des résultats très satisfaisants. Ce procédé opératoire que l'on pourrait appeler oblique, pour le distinguer des autres se pratique de la manière suivante, et demande un appareil instrumental des plus simples:

1° Un cathéter cannelé à courbe, assez long et le rebord gauche de la cannelure à peine indique pour permettre d'y porter le bisteuri à plat.

2° Un bisteuri ordinaire pointu à lame étroite;

3° Tenettes et curette boutonnée.

Le malade est situé dans la position ordinaire, les aides choisis, à leur place respective; le cathéter introduit, sa tige est maintenue dans la direction de la ligne coccy-pubienne, son bec ton-

che la pierre, il est donc dans la vessie. On le confie à un aide qui doit le maintenir fixe dans cette position et appliqué contre l'arcade du pubis. L'opérateur introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum pour s'assurer qu'il est vide et pour reconnaître ses courbures, particulièrement l'inférieure qui parfois est très prononcée en avant, pour reconnaître en même temps l'état de la prostate, etc. Ensuite, suivant qu'il le juge convenable, ou il retire le doigt, ou il s'en sert comme d'une pince en fixant l'ongle du pouce de la même main transversalement sur le raphé à 20 mm. de la tangente de l'anus. Tenant le bistouri comme une plume à écrire, il en porte le tranchant d'abord sur le côté droit du raphé, à une distance telle que le bulbe soit respecté, l'incision commence à un cent. du raphé et à 15 millimètres au-dessus du point marqué par l'ongle du pouce gauche, elle descend en bas obliquement, par conséquent elle côtoie le côté droit du bulbe, elle gagne le côté gauche du périnée pour s'arrêter à une égale distance entre l'anus et la tubérosité de l'ischion. Cette incision présente deux courbes légères en forme de S, et a l'avantage de respecter parfaitement le bulbe et le rectum qu'elle contourne, tandis qu'elle a une longueur qui dépasse celle de tout autre procédé. J'approfondis cette incision, je vais à la recherche de la cannelure du cathéter, je m'assure du sommet de la prostate, et dans un point voisin de sa limite, je plante la pointe du bistouri dans l'urèthre membraneux. Le couteau, placé presque à plat, coupe le sommet de la prostate, dans toute son épaisseur; dans la direction de son rayon oblique inférieur gauche. Je pousse le couteau un peu

en avant, jusque près du col de la vessie Je le maintiens fixe dans cette position; j'insinue alors entre le dos du couteau et le cathéter le doigt indicateur gauche que je pousse jusque dans la vessie; de cette façon, le couteau taille par pression la prostate dans le rayon indiqué et respecte le col de la vessie. J'enlève le couteau et je guide sur le doigt les tenettes droites; et à peine se sont-elles engagées sur le col de la vessie que je les ouvre pour opérer la dilatation du col Le dilatatoire de Marino de Barletta pourrait encore reparaître quelquefois sur la planchette à opération. Après cet acte opératoire, je saisis la pierre et j'en fais l'extraction

Je rappellerai deux de ces opérations pratiquées avec ce procédé parce qu'elles sont dignes d'arrêter l'attention

J'ai opéré dans la clinique un certain Vincent Vanozzi de 58 ans, en présence des élèves et des Prof. Burci et Zannetti. L'opération fut rapide, le calcul très dur avait dans sa plus grande circonférence 24 centim., et 15 dans la plus petite, 9 cent. dans le plus grand diamètre, 6 dans le plus petit il avait la forme d'un ovoïde aplati 22 jours après l'opération, la plaie était parfaitement cicatrisée, et quelques jours après, notre opéré sortait de l'hôpital guéri tout à fait

J'ai opéré par le même procédé M Jaussaud en présence du Prof Zannetti et des Drs Mantovani et Rosati Le malade souffrait d'atroces douleurs depuis trois ans, il avait supporté divers traitements curatifs, parce que personne n'avait jamais pu trouver la pierre Je pris un jour la toucher avec certitude, et je proposai l'opération. Après avoir porté mon

doigt dans la vessie, je sentais vers l'orifice de l'urètère droit une surface dure scabreuse, de la largeur d'environ un sou et située sur le même niveau que la membrane muqueuse de la vessie. Mes confrères convinrent avec moi qu'il s'agissait d'une pierre enchantonnée dans l'épaisseur de la paroi vessicale. Grâce à mon incision oblique, je dominais facilement avec le doigt la cavité vessicale, je pris une curette à extrémité crochue (l'ancienne curette de Celse), j'ébranlai la pierre tout autour, je portai par derrière le bec crochu de l'instrument, et en tirant des deux mains sur le manche, je parvins à déguger le calcul qui tomba dans la cavité vessicale. Je pus l'extraire alors facilement avec les tenettes. Il ressemblait exactement à un de ces bonbons vermifuges en chocolat dont une surface est parsemée au centre de petites dragées. Cette portion de la pierre devait être à découvert dans la vessie, le reste était coiffé par la membrane muqueuse et caché dans les chairs. La face opposée aplatie, avait une apparence poreuse comme la pierre ponce, des filaments de chair s'y implantaient comme des racines. Cette pierre avait la forme et ne dépassait guère les dimensions d'une pièce de cent sous. Un mois après l'opéré était parfaitement guéri.

SUR L' EXTRACTION DE LA PIERRE DE LA VESSIE

ET

PROPOSITION DE NOUVEAUX INSTRUMENTS

COMMUNICATION

faite à l'Académie médico-chirurgicale florentine, le 10 juillet 1870

On ne saurait douter que l'extraction de la pierre de la vessie ne soit une des opérations les plus difficiles, et les chirurgiens qui la pratiquent sont si peu nombreux qu'on pourrait croire que cette opération est encore soumise au serment. Ce n'est pas qu'il soit humiliant pour les praticiens des grandes villes de céder leurs malades aux spécialistes, mais ce qui est certain c'est qu'en province et dans les campagnes, les pauvres patients sont condamnés à endurer long temps les cruelles souffrances de la maladie de la pierre, faute d'être secourus promptement, et ne pouvant se résoudre à s'éloigner de leur famille et à se désister de leurs intérêts pour se rendre à quelque localité lointaine, afin de subir l'opération d'un chirurgien spécial, et même pour ceux qui prennent cette détermination, ce n'est pas toujours le moment le plus propice. Que de gens, dans l'impossibilité où il se sont trouvé de réaliser ce projet, ont succombé aux souffrances de la pierre! Je me suis souvent demandé cette opération est-elle

donc réellement si difficile ? et l'herniotomie p. ex. ne l'est-elle pas autant ? Et pourtant cette dernière se trouve pratiquée dans les villages par tous les chirurgiens. D'où vient donc qu'ils s'abstiennent de procéder à l'opération de la taille ? Il me semble que c'est par l'impression que j'éprouvais moi-même dans les premiers temps de mon apprentissage où je devais pratiquer cette opération. L'idée de l'hémorragie ne m'épouvantait nullement, car je ne l'avais jamais aperçue dans les opérations de la taille pratiquées par mes maîtres et par d'autres habiles chirurgiens. Je ne craignais pas non plus de léser l'intestin, que je croyais pouvoir facilement éviter par la taille latéralisée ; mais j'étais préoccupé de devoir introduire aveuglément le bistouri dans les chairs du périnée et rechercher la rainure du cathéter située profondément, pour me servir de guide afin de parvenir jusqu'à la vessie. En songeant que durant plusieurs siècles cette opération a été pratiquée sans le précieux guide du cathéter, je ne m'étonnais point de la répugnance ressentie par les chirurgiens et par Hippocrate lui-même pour ce genre d'opération. Une seule chose m'a toujours étonné, c'est qu'on ait tant tardé à imaginer le cathéter cannelé, alors qu'existaient déjà les sondes et autres instruments pour examiner l'urèthre de l'homme. Personne aujourd'hui ne saurait douter que cet instrument magique, appelé cathéter cannelé, n'ait été inventé au XVI siècle, et que cette invention exclusivement italienne, ne soit attribuée à l'immortel Jean de Romanis de Crémone. J'ai rappelé cela à l'attention de notre Académie en 1865, et je lui ai fait observer que jusqu'alors le procédé opératoire de Romanis avait

Digitized by Google

été mal interprété. Deux ans après, Mr Le Prof. Jean Baptiste Fabbri de Bologne a développé éloquemment le même sujet, (1) devant l'illustre Académie de Bologne, et en l'appuyant de témoignages incontestables. Et après, on a lu dans *l'Archivio di Chirurgia pratica*, 15 Janvier 1869, quelques leçons sur la taille, faites par le Prof. F. Palasciano près la Faculté de Naples en 1865 et rédigées par le Dr F. Tenore, dans lesquelles on interpreta exactement le procédé de de Romanis; et l'on fit une mention honorable de mon travail. En 1865, je publiai dans le journal *La Sperimentale*, la lecture que j'avais faite précédemment à l'Académie, et dans laquelle je faisais remarquer que l'opération de Romanis, exactement décrite par Mariano Santo de Barletta, dans son *Libellus aureus de lapide ex vesica per incisionem extraendo*, loin d'être comprise, selon le langage usité, dans la méthode médiane, faisait au contraire partie de la méthode latéralisée, et ressemblait en tout à l'opération telle qu'on la pratique aujourd'hui, et qu'on ne devait pas non plus attribuer aux modernes la gloire de l'avoir simplifiée. Si l'on étalait sur la table un grand nombre d'instruments, il n'y en avait réellement que trois nécessaires: l'*itinerario* (catheter), la *novacula* (bistouri simple boutonné) et le *forceps*. La *fistula* et l'*exploratorio* étaient les sondes pour l'homme et pour la femme; les *ductores* et les *laterales* aidaient le forceps, mais on ne s'en servait qu'en cas de pierre très-volumineuse. Le

(1) Giovanni de Romanis da Casalmaggiore di Cremona inventore del saringone soleato. Bologna 1867.

verriculo ou *bucton* et le *cochleare* sont aujourd'hui réunis en un seul instrument, la curette qu'on appelle aussi bouton. L'*aperiente*, c'est à dire le dilatateur, c'est un instrument, qui peut rendre toujours de très-grands services. Que dois-je dire maintenant du *frangente*, instrument que les modernes appellent lithotriteur? Ceux qui aujourd'hui se vantent d'avoir inventé la méthode mixte, en unissant la lithotritie à la taille, devraient lire le chapitre 12 de cet excellent ouvrage, et alors ils apprendraient que non-seulement l'idée en est ancienne, mais encore qu'elle a été savamment appréciée par Mariano et énergiquement repoussée. À propos de la simplicité de l'appareil instrumental, je rappellerai mille lithotomes, instruments plus ou moins compliqués, que les successeurs de Romanis ont substitué à ce très-simple *novacula*. Mais ces instruments ont-ils servi à perfectionner l'opération? Nous pouvons en deux mots les diviser en deux groupes ou ils taillent d'avant en arrière, de dehors en dedans, ou bien ils incisent de dedans en dehors, de la vessie à la peau. Selon moi, on devrait s'abstenir de recourir à ces derniers, par la raison qu'étant ouverts dans la vessie, quand on les retire, on coupe nécessairement cet organe, lequel devrait toujours être respecté. Chose étrange, que ces instruments aient été imaginés et produits par ceux mêmes qui soutenaient que les limites de la prostate devaient être respectées. S'il y a limite de la prostate, qu'il faut respecter, c'est précisément cet angle entre la prostate et le col vessical, et c'est avec ces lithotomes qu'en incisant le col vessical, on incise nécessairement cet angle. Par cette incision, la plaie perd son parallélisme, et l'urine

peut s'infiltrer par elle dans le cellulaire, ce qui peut rendre les conséquences de l'opération très-funestes. L'autre classe de lithotomes qui coupent de la peau à la vessie, que le tranchant soit limité ou illimité, découvert ou caché, glissant librement dans la cannelure du cathéter, ou s'y trouvent emprisonné par un bouton comme celui de Atti de Bologne, qu'ils soient gorgeret, gorgeret lithotome-dilatateur, ne présentent qu'une utilité éphemère. En effet, à l'exception de leur inventeur, peu de chirurgiens s'en sont servi. La *novacula*, c'est à dire le bistouri simple pointu, ou tout au plus le bistouri boutonné est le meilleur instrument. Nous voyons donc que l'extraction de la pierre, loin d'être pratiquée par Romanis avec un grand appareil instrumental, était au contraire pratiquée avec la plus grande simplicité. Moi aussi, j'étais resté attaché aux préceptes qui, à toutes les époques, avaient guidé les plus célèbres lithotomistes, Mais je dois avouer, comme je l'ai dit précédemment, que je me sentais saisi d'une vive emotion quand il me fallait inciser aveuglément jusqu'au cathéter, que je devais rechercher profondement la cannelure, pour arriver droit à la vessie Je croyais que puisqu'on avait retiré si peu d'utilité pour cette operation de tous les lithotomes imaginés jusqu'alors, il valait mieux en abandonner l'idée, généralement introduite, de perfectionner la *novacula*, et de tourner plutôt l'attention sur le cathéter. Peut-être que cet instrument qui a rendu méthodique une operation livrée durant tant de siècles à la discrétion des empiriques, peut-être, étant perfectionné, pourrait-il procurer plus de sûreté, de facilité, de promptitude pour l'opération

Plusieurs ont eu la même idée, et je savais que depuis la seconde moitié du XVIII siècle, heureuse époque pour les fabricants d'instruments de chirurgie, un certain nombre de cathéters modifiés ont été inventés, décrits, présentés aux Académies et livrés au public; j'en connaissais plusieurs par le dessin, d'autres par quelques mots lus dans les livres ou dans les journaux, d'autres encore par le seul nom de l'auteur.

Pellucci, florentin, domicilié à Paris, a décrit dans son traité (*Nouvelles remarques sur la lithotomie Paris* 1750) un cathéter muni d'une anse articulée, destiné à protéger l'intestin et à servir de guide au bistouri pour la rencontre de la rainure du cathéter.

Duvergier, en 1760, et plus tard, Lioust, en 1792, présentèrent à l'Académie de chirurgie de Paris deux autres cathéters, dont je n'ai pu trouver ni une description exacte, ni dessins. D'autres instruments furent inventés, en 1767, par Roy-sur Seine et Jarda de Montpellier. En 1770 Daimé a inventé un cathéter lithotome, et Smith en a fourni un en 1834. Earle, ou Savigny, selon l'opinion de certains écrivains, a proposé un cathéter de la forme du compas. Dans l'arsenal d'instruments de chirurgie de S. M. Nuova de Florence, se trouve le cathéter de Guérin qui ressemble beaucoup à celui de Biagini de Pistoie, lequel, selon le système de Vaccà, se déclarait partisan de la taille médiane et publiait (*Nuovo metodo di litotomia pubo-rettale ec Pistoja*, 1839. Je citerai enfin le cathéter du D. Turrini, lequel a été dessiné et décrit dans le Journal de médecine de Padoue, en février 1870.

On peut classer tous ces cathéters en trois groupes ou ils ont la forme du compas dont la branche externe guide vers l'interne, et par conséquent dans sa rainure, ou ils percent avec un poinçon ou dard le périnée de dehors en dedans jusqu'à la cannelure, ou bien, munis de lames, ils incisent de dedans en dehors en coupant d'abord l'urèthre et les couches périnéales Pour les deux premières catégories, on peut faire observer, que le guide est bien trompeur, car loin de porter la pointe du couteau dans la cannelure, il la fait dévier précisement par la même raison pour la quelle il vous promet un guide sûr, ils ne presentent aucun autre avantage au contraire ils offrent des inconvenients, surtout celui de confiner l'opérateur entre certaines limites voulues par l'instrument, ete. Ceux de la troisième catégorie incisent presque nécessairement l'urèthre bulbeux, l'incision uréthrale est trop large, taudis que celle de la peau est trop étroite, la plupart obligent à faire la taille médiane, et, pour la résistance qu'ils doivent surmonter, ce sont aussi d'instruments trop fragiles. Je dirai, en général, que tous ces instruments sont plus ou moins compliqués, et enlèvent au vieux cathéter sa meilleure qualité, la simplicité. Cependant, je suis loin de vouloir faire une critique exacte et rigoureuse de chacun d'eux, car, je le répète, je ne les connais pas assez. J'admets aussi que l'idée de perfectionner l'opération de la taille, en modifiant le cathéter, ne soit pas de moi, il est possible que d'autres, que je ne connais pas, aient plus heureusement encore résolu le problème, et d'autres peuvent inventer un nouveau cathéter plus parfait que le mien Peu importe, je soutiens en principe que

si l'on veut perfectionner la lithotomie, si l'on veut la voir généralement exécutée comme d'autres opérations, qui selon moi sont plus difficiles, on doit procurer à l'opérateur un guide plus apparent, plus sûr, pour parvenir avec le couteau jusqu'au col de la vessie. Or, si je ne me trompe, mon cathéter a atteint ce but. Moi aussi, pendant longtemps, j'ai hésité entre des mécanismes plus ou moins compliqués, mais à la fin, c'est-à-dire au mois de janvier dernier, j'ai repris mes études à ce sujet, et je suis parvenu à confectionner l'instrument, qu'après un certain nombre d'essais sur des cadavres, et un premier résultat fort-brillant sur un infirme, j'ai la satisfaction de présenter au public.

A la première vue, on le prendrait pour un cathéter ordinaire. En effet, il en a la forme, et, à sa portion courbe, se trouve une large et profonde cannelure comme celle du cathéter simple. Mais au dos de cette rainure, est caché un dard également cannelé, lequel en introduisant le cathéter dans la vessie, tourne sa pointe vers le périnée. Son talon arrive au cul-de-sac vessical du cathéter, et il est surmonté d'un bouton à T qui entre dans la rainure terminale d'une tige. Cette tige traverse l'instrument entier et finit au bouton *f* lequel est placé sur le manche. Pl. II fig. 5. En tirant le bouton et aussi la tige, le dard est poussé horizontalement hors de la cannelure du cathéter, il traverse l'urèthre membraneux et tout le périnée. Lorsque le dard est presque tout-à-fait sorti de la cannelure du cathéter, il s'arrête, attendu que dans le manche la tige rencontre un point d'arrêt. Le dard alors est fixé fortement dans cette position, comme on le voit dans

la figure. Si l'on veut repousser le dard jusqu'à l'endroit d'où il est sorti, on appuie sur le petit bouton *e* et on abaisse le bouton *f* en le ramenant jusqu'au-dessus du manche. Mais si l'on veut enlever le dard du cathéter, on appuie également sur le petit bouton *e* et l'on allonge un autre morceau de tige, ce qui fait que le dard tombe immédiatement par terre. Le cathéter se trouve alors réduit à sa première simplicité. Les notions anatomo-topographiques nécessaires pour exécuter cette opération, la connaissance exacte de l'instrument et le toucher du côté du périnée et du rectum donnent des renseignements parfaits pour établir jusqu'au mill. le point de l'urèthre et du périnée qui devront être traversés par le dard. Malgré cela il y a des chirurgiens qui n'ont pas de talent mécanique et de notions élémentaires d'anatomie. Et comme ceux-ci exercent dans les provinces et à la campagne, ils n'osent pas procéder à l'extraction de la pierre de la vessie. Pourtant ayant le vif désir de voir généraliser cette opération, j'ai muni le cathéter d'un index qui désigne exactement le point du périnée, où aboutira le dard. Cet index est une tige légèrement arquée en bas, qui termine dans une extrémité à T en forme croissante et dans l'autre avec un petit anneau. Par cet anneau on le suspend au cathéter dans le petit bouton *e* fig. 5 — la tige descend jusqu'au périnée, et la croissante, qui avec sa concavité est tournée vers le coccyx, presse et étende convenablement la peau et, faisant pince avec le cathéter, comprime le périnée dans toute son épaisseur. Le dard aboutira certainement au-dessous de l'arcade. Dois-je maintenant parler des avantages de mon cathéter? Je les crois si évidents que je n'hésite pas à les livrer à la

critique. En attendant, j'expliquerai la manière de m'en servir.

Je place le patient dans la position ordinaire. Je confie le cathéter à l'aide qui soutient le scrotum, et après avoir examiné l'état de la prostate du périnée et du rectum, je place la portion droite du cathéter dans la direction de la ligne coccy-pubienne. Le dard, en s'échappant, perce l'urèthre membraneux et le périnée à peu près à 18 lignes de la marge anale. Si, à cause d'un volume exagéré de la prostate ou de la pierre, ou par un enfoncement exagéré de la troisième courbe de l'intestin, on croira nécessaire de commencer l'incision plus haut, on ne devra qu'incliner un peu le manche du cathéter vers le ventre du malade, et l'extrémité du dard s'échappera à un point plus haut. Je rappelle que l'urèthre membraneux est en partie revêtu du bulbe, par conséquent, dans cette dernière position, il serait facile de léser la substance bulbeuse. Pourtant on peut éviter cet inconvénient en tournant un peu le cathéter sur son propre axe. Chez les enfants où l'étroitesse de l'espace oblige à utiliser l'incision plus haut sans crainte de léser le bulbe, car on peut dire qu'à cet âge il est encore rudimentaire, cette position du cathéter sera utile. Ayant donc mis le cathéter à une direction appropriée au cas, on ordonne à l'assistant de tirer le bouton *f*, et si l'on préfère avoir la main gauche libre, on confie à l'aide le cathéter déjà mis dans la direction la mieux appropriée. Alors avec la main gauche appliquée sur le périnée, on tient bien étendu l'intégument, et de la main droite déjà armée d'un bistouri étroit, long et boutonné, on tire le bouton *f* et le dard s'échappe du périnée. Le jet de l'urine

qui vient par sa rainure encourage beaucoup l'opérateur, qui en introduisant le bistouri le long de la cannelure du dard et du cathéter, pratique l'incision dans la direction préférée. On comprend qu'on pourrait aisément guider par la rainure jusque dans la vessie toute espèce de lithotome : quant à moi, je préfère le bistouri boutonné.

En se servant du cathéter commun, on n'est pas sûr, avec n'importe quel lithotome, d'inciser aussi profondément qu'on le voudrait, ce qui provient des parties déplaçables du périnée et lesquelles doivent être incisées. Mais avec mon cathéter, ces parties sont tenues tellement fixes qu'on est sûr de couper jusqu'au millimètre. Plus le manche du bistouri s'éloignera de la pointe du dard, plus l'incision externe sera longue et graduellement plus étroite dans l'intérieur de la prostate, en sorte qu'elle formera un vrai cône. De cette manière, il est impossible de léser le col vésical. Que si l'on voulait l'inciser, pour l'extraction d'un calcul très volumineux, cela serait facile, en appuyant le talon du couteau sur l'extrémité du dard et en faisant sortir le bouton hors du cul-de-sac du cathéter, précisément comme le prescrivait Vaccà, lorsqu'il décrivait sa taille médiane. Mais je crois que c'est une grande erreur toujours d'inciser la vessie : je soutiens que la difficulté pour extraire les grosses pierres provient plus de la prostate et des aponévroses et ligaments périnéaux que du col de la vessie. En conséquence, je coupe la prostate à toute substance dans sa sommité, ne connaissant point d'autre limite à respecter que l'angle entre cet organe et le col vésical. Je coupe toutes les couches périnéales avec une incision

a S, que je commence sur le côté droit du bulbe, je la continue sur le raphe, et je la porte jusqu'au point médium entre l'anus et l'ischion. Par cette incision, ainsi que je l'ai plusieurs fois démontré, j'obtiens la plus grande ouverture possible, beaucoup plus grande encore que celle de la taille bilatérale et quadrilatérale, et après avoir opéré l'incision, la plaie reprend sa forme linéaire, et la cicatrice se forme promptement. Avec cette taille, j'ai extrait en clinique un calcul qui avait 24 cent. de circonférence, et le 22me jour la cicatrice était complète. Je dois ajouter que, ce moyen manqué, au lieu d'inciser le corps vessical, je préfère suivre une pratique fort ancienne, reproduite de nos jours comme moderne, c'est-à dire que je préfère prendre un lithotriteur et joindre la taille à la lithotritie. Après avoir fait l'incision, j'introduis ou le doigt ou le bouton dans la vessie, ce qui me sert de guide pour les tenettes avec lesquelles j'extrais le calcul. Ce moment de l'opération est quelque fois difficile, soit parce que la vessie est étroitement serrée sur la pierre, soit parce que le trigone est très prononcé, (ou à cause de la tension de l'aponévrose médiane périnéale, ou du volume de la prostate) soit enfin de la grosseur et de la forme du calcul. En pareil cas, il faut se servir de différents tenettes à différentes formes, droites, courbes, articulées à forceps. Il me semble, qu'une tenette à branches articulées, comme celle de la fig. 4 P. II peut être en pareil cas de quelque utilité. Lorsque cette tenette a pénétré dans la vessie, ses branches doivent être bien ouvertes à cause d'un calcul volumineux, la résistance qu'elles rencontrent dans les parois de la vessie l'obligent à

se couder, et de divergentes qu'elles étaient, elles deviennent parallèles entre elles. Il en résulte deux avantages : le premier, c'est que les extrémités des branches se trouvent bien moins éloignées entre elles : cela peut devenir utile dans la vessie contractée spasmodiquement. Secondement, les deux branches, façonnées de cette manière, glissent mieux entre la paroi vésicale et le calcul l'embrassent avec plus de facilité. Si le trigone vésical est profond, on dirigera l'une des branches en haut et l'autre en bas, et celle-ci en se coudant descendra du plat sur le trigone et passera facilement sous la pierre. De cette manière une seule tenette agira comme droite et comme courbe, évitera ainsi l'introduction répétée d'autres tenettes, et concourra à abréger l'opération.

Un mot encore sur le cathéter à dard. Quand pour la première fois j'en fis l'essai sur un cadavre, après avoir fait l'incision, je fus tout étonné d'apercevoir presque sous la peau la prostate et son incision. En introduisant le doigt, je trouvai à 4 centimes de distance le col vésical, et l'ayant pousse plus loin, je pus mieux examiner la vessie dans toute sa cavité. Alors je reconnus, que le cathéter à dard possédait un autre précieux avantage, celui de fixer la prostate, le col vésical et toutes les couches périnéales à leurs rapports d'état normal. Souvent en exécutant la lithotomie, on atteint à peine avec le bout du doigt le col vésical : on en conclut que le périnée est haut, ce qui est contraire au fait anatomique qui nous apprend, que le col vésical est généralement à la distance de 4 ou 5 cent. de la superficie cutanée. L'explication que quelques personnes donnent sur l'abondance de la couche adipeuse

et sur le volume de la prostate, n'est pas exacte, car on voit très souvent des patients ayant le périnée haut, qui sont très maigres et ont la prostate normale. Dans ces cas, à quoi attribuer la hauteur du périnée au moment de l'opération? Evidemment au déplacement des couches périnéales profondes qui est cause que la prostate et le col vésical peuvent s'enfoncer dans la cavité de la pelvis, et s'éloigner de la superficie cutanée et des couches superficielles qui se prêtent moins à la distension et à l'enfoncement. Ainsi le cathéter à dard s'oppose précisément à ce déplacement des parties et permet d'atteindre toujours la cavité vésicale. Quel est l'opérateur qui n'appréciera pas cet avantage? qu'il exerce la lithotomie en ne se servant que du bistouri pointu, comme je l'ai toujours fait moi-même dans les opérations de la taille exécutées en clinique et dans ma pratique privée, qu'il accorde peu de valeur au prolongement de la cannelure du cathéter jusqu'au dehors du périnée, qu'il compte pour peu la facilité, la sûreté, la promptitude de l'opération exécutée avec le cathéter à dard, mais il ne pourra nier son utilité, consistant à resserrer et à fixer les parties qui composent le périnée, la prostate et le col vésical dans leurs rapports à l'état normal. Grâce à lui, les incisions seront plus régulières, prolongées autant qu'on le désire même jusqu'à un millimètre; grâce à lui, on trouvera le col et la cavité vésicale au *minimum* de distance de la superficie cutanée.

J'avais déjà obtenu ces résultats dans les nombreuses expériences que j'avais faites sur des cadavres, aidé par M. le Dr Marconi qui a toujours eu la complaisance de disséquer et d'examiner avec moi la pièce anatomique. L'intestin et le bulbe uréthral ont toujours

été respectés, de même que nous avons toujours trouvé intacts le col vésical et le triangle qui existe entre ce dernier et la prostate. À plus forte raison, le plexus veineux prostatique a-t-il toujours été respecté. L'incision très régulière de l'urèthre membraneux de la prostate et du périnée présentait un cône parfait avec la bout sur le col vésical. Ces heureux résultats m'avaient depuis quelque temps encouragé à publier ce mémoire, mais je désirais avoir d'abord la sanction clinique. Quand mon excellent ami, le D.r Charles Paladini, médecin à Montopoli qui connaissait le vif désir que j'éprouvais, me proposa une lithotomie sur un tout petit enfant. J'acceptai d'autant plus volontiers que sur un enfant, je devais surmonter toutes les difficultés. J'acceptai donc cette offre généreuse et mercredi dernier, 6 juillet 1870, je me rendis à Montopoli où je trouvai deux autres Chirurgiens, ainsi que mes très chers collègues, les D.rs Gustave Calosi et Crescenzio Vannini, qui voulurent bien assister à l'opération. Le petit patient se nomme Jacques Guerrino, premier-né de Juste Matteoni et de Laurent Carmelinghi, ouvriers, et l'un et l'autre d'une bonne constitution. Le petit Jacques est né, le 18 novembre 1866, à S. Miniato al Tedesco et jusqu'au mois d'Avril 1869, époque à laquelle il a commencé à ressentir les premières souffrances dans les voies urinaires, il avait toujours joui d'une bonne santé. Je l'avais vu avec mes autres collègues un jour que M.r le D.r Paladini avait admirablement exécuté une lithotomie sur un enfant de 9 ans. Nous reconnûmes alors chez le petit Jacques une pierre dans la vessie, mais cette pierre était si petite, que nous espérâmes pouvoir la saisir avec un lithotriteur pour

la réduire comme une prise de tabac. Le D.r Paladini en fit l'essai avec un très-petit lithotriteur, mais l'indocilité de l'enfant rendit infructueux les efforts du bon Docteur qui, après en avoir essayé, à diverses reprises, renonça à l'opération. Mais comme les souffrances s'étaient accrues, et que la pierre était devenue plus grosse, M.r Paladini fut d'avis que la lithotomie était indispensable. Cette décision ayant été approuvée à l'unanimité, on résolut de procéder immédiatement à l'opération.

L'indocilité de l'enfant rendit d'abord difficile l'introduction du cathéter, mais l'ayant étendu sur un lit, nous avons pu l'introduire très-facilement. Après avoir mis l'enfant en position, c'est-à-dire sur les genoux d'un homme, qui maintenait les bras au dedans des cuisses du patient, je disposai le cathéter, puis ayant tiré sur le bouton *f* le dard sortit à 2 cent. du cercle anal, où l'intestin descendait en prolapsus.

J'introduisis le bistouri dans la rainure du dard et jusqu'au fond du cathéter, en incisant d'un seul coup sur le raphé jusqu'à l'anus. La fixité des parties, la superficialité du col vésical, et aussi le petit volume du calcul me suggérèrent l'idée d'enfoncer un doigt dans l'intestin et pressant la pierre à travers sa paroi et celle de la vessie, il sortit et tomba dans mon autre main. L'opération dura moins d'une minute. L'enfant ayant été mis au lit, ne tarda pas à s'endormir tranquillement. Le sommeil qui survient après les grandes opérations pour conforter le malade, est l'expression de la nature, qui se déclare ainsi satisfaite.

SUR LES FISTULES VAGINALES

COUP D'OEIL SUR LA METHODE DE LES OPERER ET CLASSIFICATION.

En entreprenant de traiter la question des fistules vaginales qui ont forme le sujet de tant d'utiles travaux publiés dans ces derniers vingt ans, je n'ai certainement pas la prétention de présenter une œuvre complète. La vaste bibliographie sur ce sujet offrirait de nombreux matériaux, et il ne serait pas difficile de les coordonner dans un ensemble scientifique, mais en m'adressant à des maîtres éminents dans l'art, je leur dois faire seulement la simple exposition de mes idées et des résultats de ma pratique.

Assurément, ce n'est pas à l'Amérique que revient le mérite de l'idée première qui donne la méthode par suture pour le traitement des fistules vaginales. Fermer une plaie, un orifice par une suture, c'est là de l'empirisme rebattu. Mais les fistules vaginales présentaient de grandes difficultés pour obtenir la suture par des procédés appropriés. L'histoire nous raconte les nombreux efforts tentés par d'illustres chirurgiens pour arriver au but désiré : on citera toujours avec honneur les noms de Roonhuysen d'Amsterdam (1663), de Voelter de Stutgart (1722), du suisse J. Fatio (1752), de Naegele de Mannheim (1812), de Barnes

(1815), de Lallemand de Montpellier (1825), de Deyber Ehrmann, de Malagodi de Bologne (1828); de Fabbri; de Laugier (1829), de Dowel de Londres (1831), de Burkner de Wratislav (1833), de Frogé de Paris (1835), de Dieffenbach de Berlin (1836), de Wützer de Bonds, de Velpeau, Jobert de Lamballe, Simson, de Simon (1854), etc. Mais ni parmi tous ces chirurgiens, ni parmi les auteurs et les vulgarisateurs de la méthode Américaine, vous ne trouverez le véritable créateur de l'opération. L'art marche dans la voie du progrès, parce que tout le pousse en avant, et de quelque côté que parte l'impulsion, elle se propage en tous sens, comme les vibrations dans l'air. Hayward de Boston, Pancoast, Marion Sims, Bozeman, Baker-Brown, Simpson ont recherché les procédés et les moyens de mettre en pratique l'opération, et ils ont trouvé l'art arrivé à un tel point de perfectionnement, soit pour la manière d'opérer, soit pour les instruments, qu'avec toute les ressources antérieures dont ils pouvaient profiter, ils ont pu avec quelque facilité arriver à imaginer et à donner la dernière main à une opération que leurs prédécesseurs n'avaient fait qu'ébauche. Dans toute opération, je distingue l'idée abstraite, la raison ultime, le but ou l'effet immédiat de toute la série des manœuvres et des actes qui en dépendent, et qui concourent à son effectuation. Cet ensemble d'actes et de manœuvres forme pour moi le procédé opératoire, tandis que l'idée abstraite me représente l'opération ou la méthode opératoire pour me servir d'une expression usitée. En partant de ce principe, je ne puis accorder à personne, à moins que ce ne soit à Roonhuysen, le mérite d'avoir inventé la méthode par suture pour

Google

cette opération. J'admets au contraire un grand nombre de procédés plus ou moins utiles et bien imaginés. Par exemple le D. Sims, comme tous les autres déjà cités, n'a en propre qu'un procédé, très utile il est vrai et contenant tout ce que présentent de mieux les autres procédés de ses prédécesseurs. Le procédé de Sims a subi à son tour un grand nombre de modifications soit en France, soit en Angleterre, en Allemagne, en Italie. La clinique est dès à présent riche en statistique. Chaque opérateur a donné des règles, des préceptes; et quelques auteurs parmi les plus récents affirment que cette opération est facile et presque toujours infaillible. Se trouve-t-elle donc arrivée au faîte de la perfection? Je suis convaincu que ceux qui se trouvent à la tête des grandes cliniques penseront comme moi, que c'est là une exagération. Tout en pratiquant l'opération, en se conformant aux meilleures règles que l'on prescrit, il n'en faut pas moins conclure qu'elle est difficile, qu'elle demande un temps assez long et qu'elle est loin de donner un résultat certain. Je n'entends enlever à personne ce qui lui appartient; j'ajoute foi aux statistiques que l'on a mises en avant, mais je ne leur accorde que la valeur qui leur appartient. Un opérateur rencontre 20 fistules, il en opère 10, et les 10 autres qu'il juge incurables, ne figurent pas dans sa statistique. Sur les 10 opérées, il vante 8 succès. Un autre en voit seulement 10, il les opère toutes, et obtient 6 succès. Laquelle des deux statistiques est la meilleure? Je ne soutiens pas mon opinion parce qu'elle m'appartient, car elle est générale. Un grand nombre de chirurgiens et d'accoucheurs qui rencontrent des fistules vésico-vaginales

ne pratiquent pas l'opération, parce qu'ils reculent devant ses difficultés; et quand je fis connaître, par la presse médicale, l'appareil de prothèse que j'avais inventé, non moins de 10 chirurgiens de diverses provinces d'Italie m'écrivirent pour me le demander. En outre, les cas de fistule sont fréquents, et pourtant on n'en voit que très rarement cités sur les journaux; c'est cependant une opération que l'on aime à faire connaître. Je ne dirai rien sur le temps très long qu'elle exige pour être achevée, car tout le monde sait que même dans les mains des spécialistes, elle ne dure pas moins d'une heure, et j'ai vu des cliniciens d'une grande habileté opératoire ne pas mettre moins d'une heure et demie ou de deux heures. Enfin quant au succès, je pourrais citer des opérateurs très habiles et très heureux qui n'ont jamais eu la satisfaction de voir complètement guérie une fistule vésico-vaginale qu'ils avaient opérée par la suture. Ainsi le dernier mot n'a pas été encore prononcé sur cette maladie; et en rendant l'opération assez facile pour permettre à tous les chirurgiens de la pratiquer, en abrégeant les actes opératoires et partant la durée de l'opération, en la rendant moins douloureuse, en augmentant les probabilités pour sa bonne réussite, on aura certes apporté une utile contribution à l'art. J'exposerai ici en peu de mots et synthétiquement ce que j'ai vu et ce que j'ai fait pour guérir une infirmité si repoussante ou pour en diminuer les effets si incommodes.

À la rigueur je n'ai pas trouvé de fistules, et je crois que dans la plupart des cas, cette dénomination est inexacte. L'orifice vésical et l'orifice vaginal se mettent en communication directe, se fondent en-

semble, en un mot il n'existe pas de trajet ou de fistule proprement dite La clinique et ma clientèle privée m'ont fourni 20 cas de fistules

Fistules vésico-vaginale	13
» uréthro-vésico-vaginale	3
» vésico-utéro-vaginale	1
» recto-vaginales	2
Destruction totale du vagin avec large ouverture vésicale	1
	20

Étiologie des fistules vaginales

Si l'on excepte seulement deux fistules (l'une recto-vaginale produite par un chancre syphilitique et l'autre vésico-vaginale occasionnée par une épingle double à cheveux qui, introduite dans la vessie et devenue le noyau d'une grosse pierre, avait perforé la paroi vésicale et la paroi vaginale), toutes les autres s'étaient déclarées après un accouchement long et laborieux.

Dans presque toutes, j'ai rencontré un fait de quelque intérêt pratique: une vaginite chronique plus ou moins ancienne avait précédé l'accouchement et pouvait avoir exercé une certaine influence sur la production de la fistule en agissant de deux façons: le vagin ayant perdu la faculté de se dilater aura retardé la parturition et la contusion de ce canal aura été plus facilement suivie de gangrène. Il est à remarquer que les fistules vésico-vaginales sont de

beaucoup les plus fréquentes, ce qui sert encore à démontrer que l'obstacle au passage de la tête est principalement fait par le vagin, lequel précédant la tête dans sa descente, il se forme un prolapsus du vagin, et par conséquent ce n'est plus l'urèthre mais bien la vessie qui se trouve prise entre la tête du fœtus et l'arcade du pubis

Sur les 18 cas, le forceps avait été appliqué 12 fois, chez les autres l'accouchement avait été spontané, je pus néanmoins me convaincre que l'application du forceps n'avait pu contribuer à la formation de la fistule, et que dans le plus grand nombre de cas, il avait été appliqué par des maîtres dans l'art des accouchements Les gangrènes avaient été la plupart du temps assez étendues, mais très superficielles, tandis que la perforation s'était produite sur un point limité et circonscrit.

Voici encore une autre raison qui montre que les fistules ne dépendent pas entièrement de causes mécaniques ou traumatiques. Onze malades étaient primipares, les autres avaient ou plusieurs enfants

À l'époque de la parturition, 9 avaient de 18 à 25 ans, les autres étaient entre 35 et 45 ans

En général, elles étaient toutes bien conformées, et avaient toujours joui d'une bonne santé.

Les fistules que j'ai observées étaient situées sur divers points du vagin, comme je l'ai indiqué plus haut

Le plus grand nombre présentait une figure ovale plus ou moins irrégulière, avec le plus grand diamètre se rapprochant d'une ligne transversale Si elles existaient déjà depuis nombre d'années, outre qu'elles étaient assez rétrécies, elles avaient pris une forme ronde

Digitized by Google

Je n'ai pas vu de fistules ayant un diamètre supérieur à deux centimètres, et j'en ai trouvé une si étroite qu'elle permettait à peine l'introduction d'un stylet, et pourtant elle livrait passage à toute l'urine. Je crois qu'une mensuration inexacte a pu donner trop souvent ces diamètres de 4 et 5 centim. Dans les fistules très récentes, l'extensibilité des tissus est très grande, aussi peut-on, en mesurant, facilement allonger la boutonnière fistuleuse.

C'est encore de l'ancienneté de la fistule que dépend la régularité de ses bords, car j'ai vu les anciennes fistules, c'est-à dire toutes celles qui avaient plus de deux ans de date, avec des bords nets, réguliers et minces. J'ai vu au contraire le prolapsus de la membrane muqueuse de la vessie exister dans celles-ci, tandis qu'il était absent dans les fistules récentes. Ce prolapsus dépend aussi de l'état de vacuité constante de la vessie, tandis que dans les cas où la vessie retenait encore l'urine jusqu'à un certain point, je l'ai vérifié à un degré infiniment moindre ou je ne l'ai pas observé du tout. Le rebord de la fistule, après quelque temps, (un an ou moins) devient poli, dur et régulier, plus pâle que le tissu environnant, il acquiert une consistance fibreuse. Dans un cas, on aurait dit un point lacrimal gigantesque, il était comme renforcé par un anneau cartilagineux. Je ne ferai pas ici la description des lésions que j'ai rencontrées dans les premiers mois; je rappellerai seulement en passant que l'on trouve alors des ulcérations larges et superficielles proportionnées aux larges lambeaux de tissu gangrené qui, pendant les premiers jours, sortent de la vulve, comme si tout le vagin s'était

exfolié. La cicatrice qui remplace ces lésions, est aussi lisse que si la membrane muqueuse s'était véritablement reproduite Malgré cette régularité de la cicatrice qui ressemble tellement à la muqueuse, on a souvent la coarctation et la sclérose du vagin, ou bien du tissu modulaire qui se distribuant en forme d'anneau ou de bride peut produire une atrésie du vagin plus ou moins prononcée et l'attacher aux parties voisines et même en quelque point de l'arcade du pubis, comme je le dirai ci-après Les arithèmes, les excoriations, les pustules produites par le passage irritant de l'urine s'observent à divers degrés, et l'une des causes qui n'est pas des moins indifférentes consiste dans les qualités de l'urine et l'état de la vessie En effet, s'il existe un certain degré de cystite, la sécrétion muco-purulente réagit sur l'urine, l'altère, et il se forme, comme chacun sait, le carbonate d'ammoniaque J'appelle l'attention sur les considérations qui précèdent, parce qu'elles m'ont servi de guide sûr dans le traitement avant l'opération Je passerai sur les symptômes et sur le diagnostic parce qu'ils ne m'ont rien présenté de particulier J'arrive de suite aux moyens curatifs que j'ai employés Au lieu de faire un examen des divers cas observés, j'aime mieux en présenter un tableau synthétique, en me conformant à la classification que j'ai déjà faite.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Je suis convaincu que la suture est préférable à toutes les autres méthodes. Les malades qui entrent dans cette première classe, avaient été pour la plupart assujettis aux traitements les plus divers et sans résultat. Je ne veux point dire par là qu'il faille pratiquer la suture dans tous les cas. Pour obtenir de bons résultats par cette méthode, il faut apprécier certaines conditions sans lesquelles il vaut mieux ne pas opérer pour ne pas compromettre l'art. Je dirai tout d'abord que je n'ai pas voulu opérer quelques unes de ces fistules parce qu'elles dataient de trop peu de temps. Je crois qu'il est utile d'attendre au moins 6 mois, et mieux encore un an, pour donner le temps à la nature de venir en aide avec tous les moyens dont elle dispose. J'ai vu qu'en attendant, les fistules sont devenues beaucoup plus étroites, les bords se sont régularisés, et le vagin a pu mieux céder aux instruments dilatateurs, etc. Une de ces fistules a été guérie complétement après le troisième mois et par les seules ressources de la nature. J'ai utilisé le tamps pour combattre toute trace de cystite et de vulvite et pour placer les tissus dans les condi-

tions les plus favorables afin d'obtenir une réunion immédiate. Je n'ai pas opéré deux fistules qui étaient situées sur du tissu modulaire avec sténose très prononcée du vagin. Mon intention était de pratiquer l'occlusion du vagin, mais les malades ne voulurent point s'y assujettir. Quant aux autres fistules que j'ai traitées, voici ma manière d'opérer, mon procédé diffère en bien des points de ceux que l'on a proposés jusqu'à présent, et pour l'exécuter j'ai dû imaginer de nouveaux instruments. L'appareil instrumental se compose :

1° un spéculum.

2° un crochet suspenseur articulé vesico-vaginal.

3° un double crochet suspenseur vesico-vaginal.

4° petites fourchettes de formes diverses.

5° une pince à anneaux porte-fourchette.

6° une pince double à raquette pour le ravivement.

7° deux bistouris courbes, droit et gauche.

8° pince courbe à érignes.

9° des aiguilles tubulées de diverses formes qui peuvent se fixer sur un commun porte-aiguille.

10° ajusteur et tordeur des anses du fil métallique.

Je passerai sous silence les autres gouttières parce qu'aujourd'hui on donne la préférence à celle de Sims. Les miennes en diffèrent parce qu'elles ont une courbe dorsale Pl. III, fig. 2, *b*, *c*, s'adaptant à la région anale qui forme le prolongement de la face interne du sacrum. Cette courbe s'éloigne de la ligne droite d'environ 2 cent. delà 1° un avantage

qui consiste à gagner 2 cent. d'espace ; 2° cette courbe vient s'appliquer derrière la fourchette de la vulve, et la gouttière ne peut glisser, 3° le vagin qui prend une ligne très courbe se raccourcit, et pourtant les fistules profondes se rapprochent de la vulve. J'ai remarqué que l'on voit beaucoup mieux avec les gouttières étroites qu'avec les larges, et que les gouttières courtes, sont encore préférables aux longues. J'ai une série de gouttières, parce que j'ai toujours trouvé dans chaque cas spécial la gouttière qui s'adaptait mieux que toutes les autres. Cette gouttière vaginale est montée sur un manche spécial. Pl. III, fig. 1. Dans le manche, *a*, se trouve placée une petite échelle métallique, qui se termine avec une béquille *e*, où l'on place la gouttière fig. 2, *a*, et de l'autre côté sortent deux petites ailes fig. 1, *b*, *b*. La petite échelle s'allonge et se raccourcit en rapprochant ou bien en ouvrant les deux petites ailes ; par conséquent il arrive que la gouttière s'approche ou s'éloigne du manche. Le bouton fig. 1, *c*, est une vis à pression qui fixe la gouttière au point où elle est mise. Le manche se termine en forme de Y, fig. 1. *f*, *f*, et il s'articule à ses extrémités avec un arc ovale, lequel a un mouvement de bascule. Le grand angle de l'ovale est discontinué ; et ses extrémités, en formant un angle droit, prennent appui sur l'arcade du pubis en laissant libre l'urètbre. L'autre pôle de l'ovale est traversé par une crémaillère à double bouton *d*, pour le fixer au grade d'inclination que l'on veut. Ce mouvement permet que les deux gouttières pubiennes s'adaptent bien à toutes les femmes.

Le crochet suspenseur vessico-vaginal articulé Pl. V. fig. 2. est une tige métallique munie de deux

anneaux latéraux et un bouton terminal *b* : l'autre extrémité est légèrement courbe. Cette dernière *a* s'articule pour un cent et demi, en tournant le bouton *b* jusqu'à se mettre à angle droit et former une érigne mousse.

Le crochet double suspenseur vesico-vaginal Pl. III. fig. 3 résulte d'une tige revêtue d'une canule, *b* de manière que, des deux stylets, *a*, *a*, l'un se continue sur la tige, l'autre sur la canule. Sur le manche, il y a un gland divisé en deux moitiés, dont l'une se continue avec la canule, et l'autre avec la tige. Le manche fait continuation à celles-ci. En tournant les deux moitiés du gland sur leur axe dans une direction opposée, les deux stylets ou érignes étant courbes se font divergents ou parallèles. Par un petit bouton *c* à ressort, les deux moitiés du gland resteront fixes à quelque point où elles se trouvent. Les deux stylets étant parallèles, on les porte par l'ouverture fistuleuse en vessie. En tournant les deux moitiés du gland, ils s'éloignent divergents et fixes, et ayant alors cette forme Y, ils ne peuvent plus sortir de l'ouverture fistuleuse qu'ils convertent en une boutonnière ayant une lèvre antérieure, l'autre postérieure. De cette manière, la paroi vaginale où est le champ de l'opération reste fixe et soutenue.

Les petites fourchettes Pl. V. fig. 4 ressemblent à la double pique des modernes tonsillotomes : elles sont légèrement courbes, et de grandeur différente.

La pince à anneaux Pl. IV. fig. 2. est un peu courbe aussi sur le plat et à point d'arrêt. Sur une de ses branches, s'articule un levier *c*, à qui soutient un petit compresseur articulé, lequel déprimé sur la fourchette dont l'instrument sera armé, forme avec elle

une pince et serre la couche de la muqueuse, qui se trouve entre elle et la fourchette

La pince à raquette Pl. IV. fig. 1. est formée de deux tiges semilunées et parallèles, courbes sur le plat *a*, *a* qui se regardent et se rapprochent ou s'éloignent à pince, selon que l'on pousse en avant ou en arrière la gaîne *b*. On fait passer une des deux branches semilunées sous les talons des deux fourchettes (Pl. VII. fig. 2.) et l'autre sous les 4 pointes ou piques, et on les rapproche en poussant en avant la gaîne. L'instrument est surmonté d'un levier *d* qui soutient un compresseur *c* articulé. Lorsqu'il est abaissé, il serre la couche de muqueuse qui a été effleurée par les fourchettes et en même temps tient fixes les fourchettes

Le bistouri droit ou gauche Pl. V. fig. 1. s'adapte bien sous l'instrument précédent à cause de sa courbe et, en glissant sous les fourchettes, coupe cette couche de muqueuse qui a été déjà soulevée par les fourchettes

La pince érigne à ressort Pl. IV. fig. 3. peut servir à pincer le vagin et à le fixer en divers moments de l'opération

Les aiguilles tubulées Pl. V. fig. 3. ont des formes diverses, parce qu'elles peuvent servir à diverses sutures. Chacune d'elles se peut monter sur l'extrémité du porte aiguille, Pl. V. fig. 5. qui a la tige revêtue d'une canule *a*. l'aiguille a sous son bouton une petite dent *a* qui entre dans une fente du trou terminal de la canule fig. 5. *a*. par conséquent en tournant celle-ci autour de son propre axe pour un quart de cercle en *b*, l'aiguille reste validement fixée. Dans le manche du porte aiguille qui se démonte en *d*,

est cachée une bobine de fil d'argent, le fil en traversant l'instrument entier, passe entre les deux petites roues, *c*, l'une desquelles roule entre deux colonnes de la petite cage, et l'autre plus grande est soutenue par un ressort En roulant cette rondelle avec le bout d'un doigt (indicateur ou pouce de la main droite) le fil est poussé en avant ou en arrière On ne doit pas le repousser en arrière plus de deux ou trois cent. car il n'est pas necessaire et il s'entortillerait dans le manche.

L'ajustateur Pl. VI. fig. 1 est une canule légèrement courbe *b*, *c* terminée par deux petits anneaux *a* dans lesquels on enfile les deux bouts d'une anse En poussant l'instrument jusqu'à la superficie ravivée, l'anse se serre ou s'ajuste Pour la tordre lorsqu'elle est dans cette position, on ne doit faire autre chose qu'éloigner de l'anneau médian *c* les deux latéraux *d*, ou bien, s'ils étaient éloignés, les rapprocher de ce dernier. En faisant ainsi, les deux petits anneaux *a* font six tours autour de l'axe commun, par conséquent les deux fils restent entortillés six fois On retire l'instrument à soi un peu après le premier tour de torsion, afin de ne pas exagérer la striction On peut ajuster et entortiller l'anse en un instant, et avec une grande facilité et precision. Cet instrument peut aussi servir à bien d'autres cas, on peut p. ex lier des polipes du pharynx, de l'utérus etc

On place le malade dans le décubitus latéral gauche (Sims), ou dans la position dite de la taille, (pelvi-dorsale Simon), ou sur les coudes et les genoux (Backer-Brown)

Quant à moi, j'ai pu me convaincre que dans chaque cas particulier, il faut en essayer plusieurs

avant de pouvoir déterminer la position à donner à la malade. Chacune a ses avantages propres, aussi est-il arrivé parfois que, dans la même opération, j'en ai fait garder une pendant le 1er temps et une autre pendant le second. La situation sur le flanc est très commode pour la malade, et quand elle permet de voir aussi bien qu'avec les autres, elle doit être choisie de préférence. Cependant le cas est rare où il est indifférent pour l'opérateur de mettre la malade dans cette position ou dans une autre. Sims lui-même qui me fit l'honneur de venir me visiter à ma clinique, voulut examiner une malade que je n'avais pas encore opérée, et l'ayant mise dans la position qu'il choisit de préférence, il ne put mettre la fistule à découvert. Il est vrai de dire qu'il s'agissait d'un cas des plus difficiles; mais je le dominai très bien avec mon speculum et en plaçant la malade sur le dos. En général, je choisis la position sur le dos quand la fistule est peu élevée; j'adopte celle sur les genoux et sur les coudes pour les fistules profondes, et dans le 1er temps de l'opération quand, dans la position dorsale, il se produit un prolapsus considérable de la muqueuse vésicale. En choisissant la première, je place la malade sur un plan incliné de 45 degrés et je maintiens les cuisses dans la flexion forcée sur le ventre. Cet angle de 45, et encore davantage s'il le faut, favorise le prolapsus du vagin. Pour la seconde position, je place sur le lit une table verticale sur le bord de laquelle la malade appuie la région hypogastrique protégée par un coussin, de manière que les genoux touchent à peine sur le lit. La poitrine de la malade repose sur un oreiller mou, la tête de côté et les bras parallèles au tronc ou croisés sur le

sommet de la tête. Il faut dans cette position renoncer à l'anesthésie ; mais ce n'est pas là une objection bien forte, car cette opération est bien tolérée et comme je vais le dire, assez courte. Je préfère me tenir debout ; je place donc le malade à la hauteur de ma poitrine. J'ai besoin de deux aides : l'un d'eux peut être une personne étrangère à l'art ; il se tient à ma gauche ; je lui confie le spéculum qui se maintient presque de lui-même. Le second assistant est à ma droite et prend part aux actes opératoires. Après avoir fait une injection vaginale, préparé les éponges, de l'eau Paglieri, l'hémostatique Capodieci, un grand irrigateur, etc., je dispose le malade et les aides à leur place ; j'applique le spéculum, je l'ouvre autant qu'il est possible ; j'adapte convenablement les petites gouttières pubiennes ; je serre les vis à pression et je confie à l'assistant l'instrument ainsi fixé. Je divise l'opération en deux temps.

Premier temps. — Il est rare que la fistule soit ronde, mais même dans ce cas, je préfère une suture qui trace une ligne transversale. Pour cet objet, j'applique l'érigne double suspenseur vessico-vaginal Pl. III, fig. 3 et la fistule prend la forme d'une boutonnière Pl. VII, fig. 1 avec une lèvre antérieure, l'autre postérieure. On saisit une fourchette montée sur la pince Pl. IV fig. 2, et on la passe d'une extrémité à l'autre de la lèvre postérieure entre la muqueuse et le tissu conjonctif : la courbe et les pointes de la fourchette restent visibles. On desserre la pince, et la petite fourchette reste en place. Jusqu'alors il n'a pas coulé une seule goutte de sang, ce qui permet de bien voir le champ de l'opération. On traverse également avec une fourchette de

Digitized by Google

la même manière la muqueuse de la lèvre antérieure. On porte dans le vagin la pince double à raquette. Pl. IV. fig. 1, en faisant dévier sur un de ses côtés son compresseur pour ne pas heurter sur l'épingle suspenseur qui se trouve encore en place, et avec les deux branches *a a*, on passe sous les talons et sous les piques des fourchettes. Pl. VII fig. 2. On serre convenablement le deux branches en faisant avancer la gaîne *b*; on enlève le double stylet suspenseur après l'avoir fermé; on place le compresseur *c* sur la ligne médiane de la pince et en le déprimant, les fourchettes restent serrées et fixes Pl VII fig. 2. Relevant alors un peu la raquette, on insinue endessous le couteau légèrement courbe Pl. V. fig. 1, et, par deux coups de bistouri, on enlève en une seule fois toute la membrane muqueuse qui entoure la fistule. Cet anneau de muqueuse disposé sur un plan, est représenté par un ruban. On comprend facilement qu'avec des fourchettes à branches plus rapprochées ou plus éloignées, on obtiendra un ruban plus large ou plus étroit. L'avivement ainsi fait, présente Pl. VII fig. 3, une surface lisse, régulière et sans ces lambeaux de tissu qui existent avec les autres procédés, avec lesquels on court encore le risque de laisser un petit point de muqueuse qui peut grandement compromettre la réussite de l'opération. Ce premier temps, quand tout a été bien préparé et disposé, peut durer de trois à cinq minutes. Je place un morceau d'éponge baigne dans du vin ou dans l'hémostatique Capodieci, et j'accorde un peu de repos à l'opérée.

Second temps. — Cinq minutes à peu près suffisent pour donner un peu de repos à la patiente et pour arrêter l'écoulement sanguin. Je porte l'aiguille

à une extrémité transversale de la fistule, à deux mm du bord avivé, je le passe presque perpendiculairement, et je lui fais décrire un arc de cercle pour comprendre une bonne portion de tissu, je fais sortir la pointe à 2 mm de la muqueuse avivée du côté à elle diamétralement opposé Pl. VII. fig. 4. À peine la pointe de l'aiguille se montre, je fais rouler la rondelle, Pl. V fig. 5 *c* du porte-aiguille avec l'index de la même main droite et le fil sort de l'aiguille, le fil avance très vite. Je pousse le fil autant qu'il faut pour former l'anse. Cette précaution est nécessaire, afin que le fil parcourant l'aiguille tubulée ne vienne ni endommager ni scier les chairs. Je passe de la même manière l'anse sur l'extrémité opposée. Je passe ensuite les autres anses à la distance de 3 mm. Quand je dois faire plusieurs anses, j'ai soin d'introduire les fils de chaque anse dans un petit tube de plomb et je les fixe en les écrasant. Je suis ainsi certain de ne pas les confondre et je procède plus sûrement. Dans les fistules très grandes qui ont la tendance à rester très larges, je place vers le milieu quelques fils alternés avec d'autres, ayant une anse plus ouverte pour comprendre une plus grande quantité de tissus; et je commence à serrer les anses par l'une d'eux. Ce dernier acte de l'opération est très facile: je place les deux bouts d'une anse dans les deux petits anneaux *a* de mon instrument à torsion Pl. VI fig. 1, et après les avoir enfilés, je les saisis entre le pouce et l'index de la main gauche. De la droite, je tiens l'instrument à torsion, c'est-à dire que l'index et le médius sont passés dans les deux anneaux opposés *d* et le pouce dans l'anneau *e* qui occupe l'extrémité de l'instrument. En le poussant en avant, j'ajuste et

Digitized by Google

je serre l'anse, quand la pointe de l'instrument est en contact avec les tissus, je commence à rapprocher les anneaux, assez pour que la tige centrale fasse un tour sur son axe ; et en éloignant l'instrument de 2 m m des tissus, ou bien en abandonnant les bouts du fil, je continue à rapprocher les trois anneaux. Avec un peu d'exercice, on ajuste, on serre et l'on tord l'anse en un instant et avec une précision parfaite. Si les deux petites anneaux de l'instrument à torsion sont fendus, de manière à permettre le passage des fils, il est inutile d'enlever les tubes en plomb écrasés pour rendre libres les bouts des anses avant de les passer dans l'instrument. Il faut faire attention de laisser les fils d'une longueur suffisante pour qu'ils dépassent la vulve, autrement leurs pointes offenseraient les chairs; on doit observer aussi cette règle, parcequ'il sera utile d'avoir les fils longs, quand on devra enlever la suture. Lorsque la suture est terminée, elle prend la forme rectiligne très régulière Pl VII fig 5

L'opération est ainsi terminée, et lorsqu'on ne rencontre pas d'accidents graves, dans les cas ordinaires, elle dure de 15 à 20 minutes Je crois donc avoir atteint le but de rendre l'opération plus brève! De plus, dans le premier temps, la malade ne ressent que deux seules piqûres, au lieu d'avoir les tissus mâchés par des incisions, qui, si elles ne sont pas très douloureuses par elles-mêmes, deviennent insupportables par le temps qu'elles réclament Enfin la surface avivée est faite avec une telle régularité, elle est si unie, si lisse qu'elle présente toutes les conditions favorables pour une réunion immédiate.

Je ne m'étendrai pas sur les soins consécutifs.

Si la sonde est bien tolérée, j'aime mieux la tenir à demeure, parce que la sécrétion de l'urine ne se fait pas régulièrement, et tandis que dans trois heures à peine cent grammes d'urine se verseront dans la vessie, en moins d'une demi-heure, il peut s'en accumuler plus du double. Le médecin qui attend trois heures avant de revoir l'opérée, trouve la vessie énormément dilatée, et le résultat de l'opération compromis. J'ai observé que la sonde métallique, soit celle de Mr Follin ou autre, n'est pas si bien tolérée que la sonde en gomme élastique. Pour cette raison, je donne la préférence à celle-ci, et j'ai la précaution de l'employer très petite et de la changer toutes les 12 heures. Mais dans quelques cas, la sonde a beau être petite, à double courbure, munie d'yeux volumineux, etc. elle ne peut être tolérée, je préfère alors éloigner une cause certaine d'irritation et sonder la malade le plus souvent possible. J'ai vu aussi qu'on ne pouvait donner une règle générale sur les jours durant lesquels il faut laisser les fils en place. Je ne parle pas des sutures faites avec le bouton de Bozeman, avec les petites boules d'ivoire, etc. ce sont là autant de causes d'irritation. Le canal du vagin ne doit pas s'apercevoir, s'il contient des corps étrangers, car autrement il entrera en contraction pour les expulser. Treize mois après l'opération, j'ai revu une de mes opérées parfaitement guérie, et je fus surpris de trouver une anse métallique encore en place, comme ferait un pendant d'oreille, sans que le trou en fût aucunement irrité. J'ai vu par contre, chez une malade qui n'avait pas été opérée par moi, tous les fils munis de plomb tomber le cinquième jour, parce que le vagin était

enflammé. Je répète encore une fois que pour obtenir un résultat heureux, il est indispensable que le terrain de l'opération ne soit pas enflammé : c'est là que repose toute l'opportunité de l'opération. J'examine au sixième jour la partie, et si je ne trouve aucun point irrité, je m'abstiens d'enlever les fils. Les jours suivants, je répète la même inspection, et j'enlève les fils, un à la fois, en commençant par les moins importants, jusqu'à ce qu'au 10e ou au 14e jour, il n'en reste plus aucun

FISTULE VESICO-UTERO-VAGINALE

J'ai voulu tenter la même opération pour un cas de fistule vésico-utéro-vaginale qui avait déjà été traitée d'abord par le Dr Rosati au moyen de la cautérisation électrique et ensuite par le Prof. Zannetti au moyen de la suture par le procédé de Sims. Cette opération, vu les graves difficultés occasionnées par l'étroitesse du vagin avait duré plus de deux heures. On avait ensuite pratiqué un grand nombre de cautérisations. Le vagin était presque en entier formé par du tissu inodulaire de cicatrice; il était uniformément rétréci et court, au fond, on apercevait à gauche et en bas un petit tubercule représentant la lèvre postérieure du col utérin; au-dessus, à l'écart il existait une ouverture qui pouvait recevoir le bout du doigt qui entrait dans la vessie, la muqueuse de la vessie s'échappait à travers cet orifice. À droite du tubercule, on apercevait pendant la menstruation une rigole de sang, comme le vomissement d'une saugsue, et qui servait à indiquer l'orifice de l'utérus, mais on ne pouvait pas même y introduire un stylet. L'urine coulait limpide de l'orifice vésical. La malade, quoique jeune (20 ans) et

Google

robuste, n'avait que quelques taches de sang menstruel et encore non tous les mois. Elle souffrait d'une constipation opiniâtre qui résistait aux lavements purgatifs, et tous les 6 ou 8 jours, le gros intestin étant enormement dilaté par les matières fecales, on était obligé de recourir à des purgatifs énergiques. La vessie, constamment vide, était revenue sur elle-même, très petite, très irritable, car elle avait subi de graves inflammations dans les opérations précédentes, sur tout dans la première qui avait compromis la vie de la malade.

Prévoyant que le résultat de l'opération aurait été très douteux, et comme d'ailleurs le vagin ne pouvait plus servir à aucune fonction, je proposai la méthode par occlusion; mais la malade s'y refusa, et j'essayai la suture comme pour les cas ordinaires. L'operation présentait de grandes difficultés, j'étais assisté par le Prof C. Burci, par quelques confrères et par les élèves. À l'exception de légères modifications exigées par le cas spécial, le procédé opératoire fut conforme à celui précédemment décrit, et en comprenant le temps de repos accordé à la malade et l'incident d'un fil enlevé par inadvertance par un des aides, toute l'opération dura 25 minutes.

Pendant les jours consécutifs, la malade garda parfaitement l'urine, et comme elle tolérait assez mal la sonde, je lui accordais des heures de repos. Au 10ème jour, le vagin se trouvait encore parfaitement sec, les points de suture ne présentaient aucune trace d'ulcération ni d'irritation. Je voulus les laisser en place pendant deux jours encore. Quand je les

ôtai, la fistule se rouvrit immédiatement, et l'urine coula mêlée à du pus, comme si l'on n'avait pas fait l'opération. Il ne restait plus qu'à pratiquer l'occlusion vaginale; mais la malade s'y refusa. J'eus recours alors à mon moyen de prothèse, dont je parlerai plus loin

FISTULE URÉTHRO-VÉSICO-VAGINALE

Parmi les trois fistules uréthro-vésico-vaginales, l'une appartenait à la clinique chirurgicale dirigée par le Prof. C. Burci. Le quadrimestre clinique expira avant que l'on eût pris une détermination au sujet de cette malade. Les deux autres appartiennent à ma clientèle privée. J'en donnerai une histoire sommaire.

Mme A. B. âgée de 24 ans, bien conformée, subit, lors de son premier accouchement, l'application du forceps faite par l'éminent Prof. Vannoni. Pendant les 18 premiers mois de son mariage, elle avait constamment souffert d'une vaginite pustuleuse produite peut-être par un épithéliome, que son mari portait sur le gland (1).

Le vagin enflammé depuis si longtemps, non-seulement fut cause de distocie en perdant de sa dilatabilité, mais de plus supportant mal la contusion,

(1) Quelques mois après l'accouchement de sa femme, je dus, assisté du Prof. Burci et de deux autres de mes confrères, pratiquer à cet homme l'amputation de la verge. L'examen microscopique de la tumeur, fait de concert avec le Prof. G. Pellizzari, confirma le diagnostic.

il tomba facilement en gangrène, quoique les secours de l'art fussent administrés avec promptitude et avec la rare habileté opératoire du Prof. Vannoni. Huit mois après l'accouchement, je pris la malade en traitement, grâce à l'obligeance du Prof. Balocchi. Le vagin permettait à peine l'introduction d'une plume à écrire. Près de l'utérus, il y avait une cavité qui aurait pu contenir une grosse noix. L'urètbre était presque tout entier détruit, le col de la vessie avait subi le même sort. On pénétrait dans la vessie par un orifice qui laissait passer le doigt, de chaque côte, deux brides de tissu modulaire, partant de l'orifice fistuleux qu'elles tenaient ouvert, liaient étroitement le col de la vessie à l'arcade du pubis. La malade ne retenait pas même une goutte d'urine. La méthode par dilatation avait été employée plusieurs fois au moyen de dilatateurs métalliques (spéculum à plusieurs branches etc.) mais à peine s'était-il écoulé quelques jours, que le vagin était revenu aussi étroit qu'auparavant. En présence des Prof. Burci et Balocchi, je pratiquai deux incisions latérales à l'orifice fistuleux et divergentes en arrière. Je prolongeai très-profondement les incisions, jusqu'à ce que le bistouri fût arrêté par les branches ischio-pubiennes, je détachai les tissus en glissant un peu avec le bistouri le long des os; je mis ensuite la sonde dans la vessie et un pessaire de Gariel, fabriqué expressément pour le cas, avec des dimensions proportionnées à l'étroitesse du vagin et muni d'un tube fort et résistant. Je fixai le tube, tendu assez fortement pour provoquer le prolapsus du vagin. La paroi vaginale comprise entre les deux incisions cédait ainsi en formant un prolapsus partiel. Le

huitième jour, les incisions s'étaient cicatrisées, et même, sans le pessaire, cette portion du vagin restait légèrement dans un état de prolapsus; l'orifice fistuleux était plus petit, et dans la suite la présence du pessaire suffisait pour que la malade retînt toute l'urine, et lui permît de faire de longues promenades. Encouragé par ce premier résultat, et dans l'espoir qu'en obtenant le prolapsus à un degré un peu plus prononcé, la malade pût s'éviter l'inconvénient du pessaire, je répétai les incisions profondes, parallèles aux premières, et à une distance plus éloignée, et j'appliquai le pessaire comme la première fois. J'obtins ainsi un prolapsus partiel de la demi-circonférence du vagin, qui recouvrait et bouchait un très petit orifice, grand comme le n° 3 de la filière Charrière, et qui se trouvait dans le repli de la portion prolapsée. Tout le vagin était suffisamment large, puis qu'il permettait l'introduction de deux doigts. Mais cela importait peu! L'important, c'est que l'urine est parfaitement contenue, quoique la malade fasse de longues promenades de 4 et 5 milles, ait couru et sauté, la vessie étant pleine.

Le second cas n'était pas aussi grave. L'urèthre était intact, l'orifice d'un cent de largeur était situé sur le col de cet orifice, dont se détachaient latéralement deux brides qui serraient le vagin; ce canal était d'ailleurs à l'état normal. L'urine se perdait entièrement. Je pratiquai encore ici les deux incisions latérales, profondes et j'appliquai le pessaire. On n'eut besoin dans ce cas que d'un léger prolapsus vaginal; l'orifice prit la forme d'une fissure transversale à peine de 5 mm. et la fistule se simplifiant se transforma en uréthro vaginale. L'urine est main-

tenant parfaitement contenue, mais la malade est obligée de vider souvent la vessie, et quand elle ressent l'envie d'uriner, elle doit la satisfaire de suite. L'urine sort tout entière par la boutonnière accidentelle, et j'ai l'espoir de pouvoir avec 3 points de suture guérir encore complétement cette malade

DESTRUCTION TOTALE DU VAGIN

AVEC LARGE OUVERTURE DE LA PAROI VÉSICALE

Le cas de la destruction totale du vagin présente aussi assez d'intérêt pour réclamer un moment notre attention.

N. N. de 45 ans, après plusieurs accouchements heureux, accouche la dernière fois au milieu de souffrances vives et prolongées qui nécessitèrent l'emploi du forceps. Pour plus de brièveté, je commencerai l'histoire de cette malade au moment où je la pris en traitement, c'est-à dire huit mois après l'accouchement. Elle était couchée dans un service de l'hôpital de Santa Maria Nuova, qui m'avait été confié. En écartant les grandes et les petites lèvres, on apercevait le méat urinaire, et en introduisant une sonde, on le voyait sortir à un cent et demi. La fourchette, le périnée paraissaient à l'état normal. Au fond de la vulve, on rencontrait une ouverture qui permettait l'introduction de deux doigts; on entrait de suite dans une large cavité tapissée par la muqueuse munie de gros plis, et le doigt recourbé en haut embrassait la symphyse du pubis et soulevait la paroi abdominale. Si l'on portait en même temps un autre doigt dans le rectum, les deux doigts n'étaient di-

visés, que par une paroi si mince, que l'on aurait cru avec peine que c'était là le résultat de l'union des deux parois rectale et vésicale. En poussant les deux doigts très haut, et en faisant faire en même temps une pression sur l'hypogastre par une autre personne, on sentait descendre un corps semblable à un oeuf dur, lisse, que le bout de chaque doigt pouvait toucher à travers la paroi de la cavité où il se trouvait. Ce corps qui était libre et pendant comme une lampe, c'était évidemment l'utérus. La malade n'avait heureusement plus eu la moindre trace de menstruation. J'invitai à une consultation les Prof. Pellizzari et Zannetti, et je proposai l'occusion au moyen de la suture. Je pratiquai cette opération en présence de ces deux Professeurs et de nombreux élèves. Je modifiai le procédé opératoire, les fourchettes me servirent beaucoup pour aviver les bords, de manière à obtenir un ruban de tissu d'un centimètre de largeur et tout d'une pièce. Je dus passer les anses de fil métallique comme dans la staphiloraphie. Je fis prendre la direction transversale à la ligne de la suture. Le résultat fut complet. (1) Ce qu'il y a de vraiment curieux, c'est que la malade a eu après l'opération 4 ou 5 fois ses règles; mais le sang qui sort en petite quantité, provient, il semble, de la muqueuse vésicale: c'est une petite menstruation vicaire.

(1) Dans le moment, le résultat fut cru complet; mais un an après, ayant revu cette malade, je trouvai un petit trou dans l'angle gauche de la cicatrice, d'où coulait l'urine. Je crois qu'avec deux points de suture, on pourra obtenir le résultat espéré.

Google

PROTHÈSE DES FISTULES VESICO-VAGINALES

Pour terminer, je dois dire deux mots sur un appareil de prothèse qui a déjà donné de bons résultats, et pour ne pas entrer ici dans une description détaillée du premier cas, j'appelle l'attention des lecteurs sur un article que j'ai publié dans le journal l'*Imparziale*, An. VII. N° 10. Je me contenterai d'un résumé des choses principales.

Claire N. de Signs, âgée de 22 ans, robuste et bien conformée, était accouchée pour la première fois, 18 mois avant d'être reçue dans la clinique chirurgicale, l'accouchement long et laborieux avait donné lieu à la gangrène du vagin et à une fistule-vésico-vaginale. Après être restée près d'une année dans la clinique obstétricale et dans le service du Prof. Balocchi, elle avait été confiée aux soins du Prof. Zannetti et enfin à ceux du Prof. C. Burci, elle avait donc subi dans ce long séjour à l'hôpital tous les traitements que l'on conseille en pareille occasion, et en dernier lieu, la suture métallique par le procédé de Sims, pratiquée par le Prof. C. Burci. Mais la fistule avait résisté même à cette dernière opération. Le vagin était assez rétréci par une grande

quantité de tissus de cicatrice, la fistule était située dans le cul-de-sac vaginal antérieur, elle était arrondie, environnée de tissu modulaire résistant, et son rebord était tout-à fait fibreux. Après une consultation tenue avec les Prof. G. Pellizzari et Zannetti, on convint qu'il était inutile de tenter une autre opération, vu la grande quantité et la densité de tissus de cicatrice. Plutôt que d'abandonner la malade au désespoir, je fis construire un bouton en or pur, semblable à celui de Dupuytren pour la ranule, et une pince semblable également à celle de Dupuytren pour l'extraction des canules lacrymales, afin de pouvoir fixer en place le bouton. La fistule mise à découvert avec mon spéculum et le bouton monté sur la pince, je pus aisement le porter dans l'orifice fistuleux, en sorte qu'une facette du bouton se trouva dans la vessie et l'autre dans le vagin. Trois heures après, la malade sentit l'envie d'uriner, ce qui n'avait pas eu lieu depuis 18 mois, et émit par l'urèthre une quantité de liquide proportionnée à la petitesse de sa vessie. Celle-ci regagna peu à peu sa capacité, et la miction se rétablit comme à l'état normal. Le vagin ne laissait plus passer une seule goutte d'urine, le bouton était solidement fixé en place et ne causait aucune incommodité à la malade. Cinq ans après, le bouton tombe par hasard, et néanmoins l'urine continua à couler en totalité par l'urèthre. Quelques jours après, Claire N. vint me trouver pour m'annoncer cet heureux événement, et je pus constater que véritablement il n'existait plus de fistule dans le vagin.

Le bouton a depassé dans ce cas tout ce qu'il pouvait promettre comme appareil de prothèse, puis-

qu'il a amené une guérison complète. Mais on ne doit pas s'attendre à ce qu'il en soit toujours ainsi, tandis qu'il produit constamment l'effet méconique d'empêcher l'écoulement de l'urine dans le vagin. Je puis citer encore un autre cas qui m'appartient. Je fus conduit par le Prof. C. Burci chez une dame Napolitaine, qui affectée depuis nombre d'années d'une large fistule vésico-vaginale ne voulait pas se soumettre à l'opération. J'examinai avec soin la fistule; je fis construire un bouton d'or, je l'appliquai, et, pendant un bon nombre de jours, l'urine sortit tout entière par le canal de l'urètre. Un soir que cette dame était au bal, le bouton tomba, et elle ne voulut plus s'en servir. J'ai appliqué le même appareil de prothèse à la malade citée à la page 168. Je ferai remarquer que dans ce dernier cas, il s'agissait d'une fistule vésico-utéro-vaginale (profonde de Jobert) je fus donc obligé de modifier le bouton afin qu'il fût plus facile de le mettre en place et qu'il pût mieux s'adapter à la fistule. Je fis fabriquer un bouton comme à la Pl. VI, fig. 2. Au centre du bouton d'or est soudé à plat un petit cylindre *a* qui est parcouru par une anse du même métal. Ce bouton est saisi par une pince Pl. VI, fig. 6, dont on rapproche les deux branches *a a* en tournant une vis *d*. Je puis aisément avec cet instrument porter le bouton dans la vessie en forçant sur la boutonnière fistuleuse. Ouvrant alors l'instrument, en tournant la vis *d* en sens inverse, je le retirai, et le bouton resta dans la vessie. J'avais fait construire plusieurs paires de petits tubes en or de diverses grandeurs, *b b* fig. 2, pour employer celle qui s'adapterait le mieux à l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale. J'enfilai les deux

petits tubes *b* aux deux bouts du fil et après eux un autre bouton muni de deux trous fig. 2 *c*. Passant ensuite les deux fils dans l'instrument à torsion, et poussant en avant, je mis l'un contre l'autre les deux boutons séparés par les deux petits tubes. Après m'être assuré que ceux-ci avaient la hauteur voulue, il me fut aisé de serrer l'anse avec mon instrument à torsion. Cette fois encore, l'effet mécanique fut complet, mais la vessie qui, ainsi que je l'ai dit, était le siége, depuis environ un an, d'une inflammation qui par moment avait été violente jusqu'à compromettre la vie de la malade, ne put tolérer le bouton, et je dus l'enlever. Elle pourrait peut-être s'y habituer peu à peu, mais je ne puis l'affirmer, ayant laissé le service.

Encore deux mots sur ce bouton, à l'occasion d'un fait qui m'a été raconté dans une lettre trop bienveillante du D.r Passamonti d'Ancône. En voici traduits les principaux passages.

« Quand je lus dans le journal *L'Ippocratico*, « votre article sur la fistule vésico-vaginale, j'avais « en traitement à l'hôpital une femme de 23 ans « chez qui un accouchement laborieux avait été cause « d'une large fistule vésico-vaginale. Elle était ma- « lade depuis un an, et je ne m'étais jamais déter- « miné à essayer la suture, découragé que j'étais « par l'insuccès des opérations précédentes et par « l'ampleur de la fistule dont les diamètres mesu- « raient 3 et 5 centimètres! Il me vint alors l'idée « que votre bouton pourrait m'être utile, j'en fis « faire un en os recouvert de gutta-percha, après « avoir avivé les bords de la fistule en les radant, « j'appliquai le bouton. L'urine reprit son chemin

« naturel, et le vagin se trouve toujours sec. Quelques « jours après, la malade commença à se plaindre de « douleurs, et je levai le bouton qui était incrusté de « dépôts salins (1). Mais à ma grande satisfaction, je « vis que la fistule était considérablement retrecie. « Je remis alors un bouton plus petit après avoir « avivé les bords de la fistule. Comme la première « fois, l'urine fut parfaitement contenue, et le bouton « resta en place pendant 15 jours; après quoi il fallut « le lever parce qu'il commençait à causer des don- « leurs. Il était encroûté de sels. Mais quelle ne fut « pas ma satisfaction quand je vis l'ouverture fistu- « leuse reduite à un tout petit orifice! Depuis lors j'ai « employé les cautérisations et la guérison est près- « que achevée. »

Je n'insiste pas sur le cas qui appartient au Professeur Marzuolo de Padoue. Il avait opéré par la suture une large fistule, on n'avait obtenu qu'une réunion partielle dans le milieu, il était par conséquent resté deux orifices séparés par un petit pont de tissus. Il fit construire deux de mes boutons, et, me dit-on, en os, il les appliqua et n'obtint pas le résultat voulu. Tout en remerciant le Prof. Marzuolo d'avoir accordé quelque attention à ce que j'ai pu écrire, je crois devoir seulement noter que le cas n'était pas des mieux choisis pour essayer la prothèse que j'avais proposée. Il me semble que les faits que je viens de citer assurent à cet instrument de prothèse, au moins dans quelques cas, une utilité incontestable, et le fait du Dr Passamonti est digne

(1) Je ferai noter que le bouton était en os recouvert de gutta-percha

de toute attention. J'ai fait fabriquer des appareils en gomme élastique Pl. VI, fig. 5 de diverses grandeurs, et je suis convaincu que non-seulement ils seront utiles dans quelques cas non opérables à cause de la grande quantité de tissus de cicatrice, de l'atrésie considérable du vagin, etc., mais ils pourront encore rendre de grands services dans les cas de fistules très-larges, pour les rendre plus étroites et les mettre par-là dans des conditions qui permettent de les opérer.

APPENDICE

Procédé opératoire vagino-cystique pour la taille.

L' utile application faite dans une cistotomie de mon spéculum décrit plus haut, et l' importance du cas, m'invitent à mettre cette observation en appendice de mon travail.

Le 20 septembre 1866, je reçus dans la clinique chirurgicale que je dirigeais alors en l' absence du Prof titulaire, le sénateur C Burci, Marianne Lorenzini, paysanne de 24 ans, qui, depuis 5 ans, souffrait horriblement à cause d' une grosse pierre dans la vessie. Le volume énorme de la pierre, sa dureté, la cystite et l' intolérance à toute manoeuvre me déterminèrent pour l' opération de la taille. Les Prof Zannetti et G. Pellizzari appelés en consultation partagèrent entièrement mon opinion. Je fis observer que dans des cas pareils où la pierre était très grosse, la méthode uréthro-cystique avait occasionné quelquefois l' incontinence qui avait résisté à tous les moyens employés par l'art. Il s' en était vérifié récemment trois cas. Je voulus donc pratiquer la méthode vagino-cystique, encouragé par l' espérance que dans le cas où il serait établi une fistule, elle aurait pu être facilement opérée, et elle aurait facilement guéri, parce

que dans ce cas il n'y a pas perte de substance, absence de tissu modulaire et que les parties sont à l'état normal.

L'appareil instrumental est des plus simples : mon spéculum, une grosse sonde cannelée, un bistouri droit et pointu, des tenettes courbes. Après avoir préparé la malade et tout étant bien disposé, je plaçai la patiente dans la position ordinaire, j'appliquai le spéculum, je mis la sonde cannelée dans l'urèthre, je la fis arcbouter avec le bord postérieur de la gouttière, en faisant saillir la cloison vagino-cystique. J'enfonçai le bistouri jusqu'à la cannelure du cathéter droit, et je le conduisis d'arrière en avant, en faisant une incision d'un pouce jusqu'à 4 centim. du méat urinaire, en respectant le col de la vessie. J'appliquai ensuite les tenettes, et j'enlevai un calcul globuleux, mural, excessivement dur, ayant une périphérie de 15 cent. Je ne voulus point pratiquer la suture pour m'assurer de la valeur en soi de cette méthode, je pris seulement la précaution de sonder les jours suivants la malade, le plus souvent possible. 24 heures après l'opération, le vagin ne laissa plus couler une seule goutte d'urine. L'opération fut pratiquée, le 25 octobre, et, le deux novembre, je pus montrer au Prof. Zannetti et aux élèves que la plaie était parfaitement cicatrisée.

EXPLICATION DES PLANCHES

Description de la Planche I.

Coupe verticale médiane du bassin chez l'homme.

Préparation. — On fait une incision sur la ligne médiane partant de la région hypogastrique, se prolongeant sur le symphyse etc jusqu'à l'avant-dernière vertèbre lombaire. On divise, sur cette ligne, le sacrum et le pubis. Après avoir découvert la vessie, on y fixe par une ligature un robinet. Le cadavre est maintenu dans la position verticale. On injecte alors par le robinet un liquide solidifiable, dès que le liquide injecté commence à couler par l'urèthre, on serre l'ouverture avec une pince, on pousse encore un peu l'injection, après quoi l'on ferme le robinet. On complète peu à peu la division de la ligne médiane en incisant les parties molles, et avec une incision transversale semi-circulaire, on réunit les deux extrémités, hypogastrique et lombaire, de la grande incision sur la ligne médiane. La moitié du bassin

avec le membre correspondant est enlevée. Pour plus de renseignements, voyez pag. 44.

a) Coupe de la symphyse pubienne.

b) Coupe du coccyx.

c) Hauteur de l'arcade pubienne.

d) Urèthre membraneux qui s'engage dans le bulbe.

e) Bulbe de l'urèthre.

f) Anus.

g) Prostate.

h) Coupe de la peau.

l) Col de la vessie.

m) Vessie.

n) Rectum.

o) Limite entre la portion spongieuse et bulbeuse de l'urèthre.

p) Limite de la fosse naviculaire.

q) Coupe du scrotum.

DESCRIPTION DE LA PLANCHE II.

Instruments pour la dilatation de l' urèthre

FIG. I^a. Bougie métallique.

a) tige cylindrique d'acier ou de métal anglais.

b) plaque de la bougie.

c) portion flexible de la bougie conique, intérieurement formée d'une tige de cuivre conique, revêtue d'un tuyau de plomb, pour la grossir, soudée à ses extrémités. — L'instrument est tout doré.

FIG. II^a. Dilatateur à chapelet.

a) canule.

c, *e*) tige de cuivre conique à son extrémité *e* qui traverse tout l'instrument.

b) vis à pression pour fixer le fil de cuivre, l'autre extrémité étant soudée avec le premier grain *e*.

c) bouton de la vis interne, pour mettre en tension forcée le fil de cuivre.

d) portion conique formée d'un certain nombre de grains métalliques gradués en pyramide.

FIG. 3. Dilatateur à archet.

a) canal.

b, *d*) fig. 3 bis, portion flexible et cannelée de l'instrument.

Digitized by Google

c) fil d'argent qui se cache dans la rainure et parcourt l'instrument dans toute sa longueur.

d) dans cette extrémité le fil est fixé à vis

e) bouton de la vis interne pour mettre en tension forcée le fil et faire archet

Instruments pour la taille périnéale.

Fig. 4. Tenettes droites à branches croisées et décroisées près les anneaux. Les branches sont articulées en *a*, *a*

4 bis articulation à charnière limitée des branches.

Fig. 5. Cathéter.

a) cathéter cannelé et monté sur un manche.

d) le manche

b, *c*) dard cannelé caché dans la rainure du cathéter.

e) bouton pour dégager le point d'arrêt de la tige qui parcourt tout l'instrument.

f) bouton terminal de cette tige. En tirant le bouton et aussi la tige, le dard est poussé horizontalement hors de la cannelure du cathéter, et il s'arrête, attendu que dans le manche la tige rencontre un point d'arrêt.

Fig. 6. Bistouri étroit, long et boutonné, légèrement courbe vers le bouton qui est très petit et dorsal.

Instruments pour opérer les fistules vaginales

Description de la Planche III

Fig. 1. Speculum.

a) le manche contenant une échelle métallique croisée.

b, *b*) deux ailes ou bras terminaux de l'echelle.

c) vis à pression.

d) crémaillère à double bouton pour fixer l'inclination de l'arc ovale.

e, *e*) arc ovale articulé en *f*, *f* avec les extrémités à Y du manche.

f, *f*) cette articulation qui donne à l'arc un mouvement de bascule.

g) gouttière montée sur une béquille, qui est l'autre extremité de l'échelle située dans le manche.

h, *h*) l'arc ovale *e*, *e* est dans son grand angle discontinué et ses extrémités représentent deux petites gouttières, qui en formant un angle droit prennent appui sur l'arcade du pubis.

Fig. 2. Gouttière plus grande que l' on peut changer et monter sur le même manche fig 1. On peut démonter l'arc *e*, *e* et il reste alors la simple gouttière fixea sur le manche, ce qui sera utile dans les cas de fistules superficielles

a) boutonnière qui donne passage au bouton applati du manche

b, *c*) courbe dorsale de la gouttière s'adaptant à la courbe qui forme le prolougement de la face interne du sacrum.

Fig. 3. Suspenseur vessico-vaginal à crochet double

a, *a*) deux stylets, l' un fixé sur la tige de l' instrument et l' autre sur la canule *b*

b) canule se continuant avec la moitie superieure du gland qui surmonte le manche.

c) l' autre moitié du gland est munie d' un petit bouton *c* à ressort qui fixe les deux moitiés du gland, à quelque sont le point où elles se trouvent tournées. Les deux stylets, ou sont parallèles, ou vont plus ou moins divergents.

Description de la Planche IV

Fig. 1. Pince double à raquette

a, a) deux tiges semilunées et parallèles, courbes sur le plat

b) canula qui rapproche ou éloigne les deux branches *a a*, selon qu' on la pousse en avant ou en arrière.

c) compresseur articulé dans la direction transversale et monté sur un levier.

d) levier double s'articulant avec l'instrument en deux points.

Fig. 2. Pince à anneaux un peu courbe sur le plat et à point d'arrêt

a, c) levier double s articulant en *b* avec le compresseur *d*

d) le compresseur forme une pince dans toutes les directions avec la fourchette qui est montée sur la pince à anneaux

Fig. 3. Pince érigne à ressort

a) crémaillère à double bouton pour fixer l'ouverture de la pince.

Description de la Planche V.

Fig. 1 Bistouri à double courbe sur le plat (droit et gauche)

Fig. 2 Suspenseur vessico-vaginal à crochet articulé.

a) portion articulée formant le crochet.

b) bouton à vis pour faire articuler la portion *a*.

Fig. 3 Aiguilles tubulées de formes diverses, se montant sur le même pousse-fil

Fig 4 Fourchettes variées de grandeur et de forme

Fig 5 Porte-aiguille et pousse-fil

a) canule se tournant sur sa tige centrale par $^1/_4$ de cercle, ayant les points d'arrêt en *b*. Le trou terminal de la canule présente une échancrure qui donne passage à la dent de l'aiguille, et quand la canule est tournée à gauche, l'aiguille reste fixée.

Digitized by Google

b) échancrure sur la rondelle pour limiter le mouvement de la canule

c) petite cage où sont cachées deux rondelles, dont l' une est sur un pivot qui traverse deux colonnes de la cage, et l' autre est soutenue par une tige à ressort

d) dans le manche, se dévissant, est cachée une bobine de fil d' argent, qui traverse l' instrument entier, et il est poussé en avant ou en arrière par les rondelles.

Description de la Planche VI.

Fig. 1. Ajusteur et tord-fil.

a) tige à chaîne rotative terminée par deux petits trous.

b) canule légèrement courbe qui revêt la tige rotative.

c) canule se continuant avec la précédente plus grosse, parce qu'elle renferme une hélice, qui est mise en mouvement en poussant en avant ou en arrière les deux anneaux *d*. L'hélice se continue avec la tige à chaîne rotative.

Instruments pour la prothèse de la fistule vésico-vaginale.

Fig. 2. Bouton fait en or pur.

a) bouton vésical traversé par un fil métallique.

b, *b*) petits tubes variés en hauteur.

c) bouton vaginal creux avec deux petits trous pour donner le passage aux bouts du fil.

Fig. 3. Le bouton monté.

Fig. 4. Bouton simple.

Fig. 5. Bouton double en caoutchouc.

a) robinet.

c, *c'*) deux boules, l'une vessicale, l'autre vaginale.

Fig. 6. Pince avec mouvement par glissement.

a, *a*) extrémités des deux branches à fer de cheval.

b) extrémité de la branche mobile de la pince.

c) extrémité de l'autre branche fixée au manche.

d) bouton de la vis.

Description de la Planche VII

L'opération représentée par figures

Fig. 1 Le speculum est appliqué, on voit le champ de l'opération; le suspenseur vésico-vaginal à crochet double est à sa place et il a converti le trou fistuleux en une boutonnière; les deux fourchettes sont placées.

Fig. 2. La double pince à raquette embrasse et enferme en soi avec le compresseur les deux fourchettes et la couche de muqueuse qui doit être emportée pour l'avivement.

Fig. 3. On voit le trou fistuleux et tout à l'entour la paroi vaginale avivée

Fig. 4. Les fils sont tous passés

Fig. 5. La suture est achevée

3 6E\ 187 ·

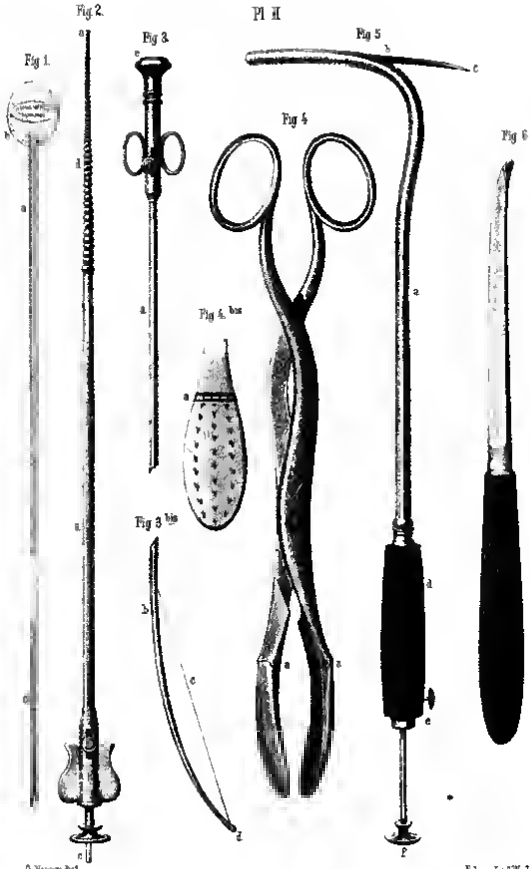
TABLE DES MATIÈRES

Les Editeurs . . . . . pag. 5
Dédicace . . . . . » 7
Rapport à l'Académie Impériale de Médecine sur le prix d'Argenteuil (période de 1863-1869) . » 11
Au lecteur . . . . . » 31
Avant-Propos . . . . . » 39
Considérations sur l'anatomie topographique de l'urèthre, de la vessie et des organes adjacents . . . . . » 43
Sur les rétrécissements de l'urèthre. — Définition. » 63
Réflexions cliniques sur les rétrécissements de l'urèthre. . . . . » 74
Résultats des recherches d'anatomie pathologique. » 85
Traitements des rétrécissements. . . . . » 95
De la méthode par dilatation et des instruments de l'auteur. . . . . » 99
Appendice sur un nouveau procédé opératoire pour la taille chez l'homme . . . . . » 126
Sur l'extraction de la pierre de la vessie et proposition de nouveaux instruments. Communication faite à l'Académie *medico-fisico-fiorentina*, le 10 juillet 1870 . . . . . » 131
Sur les fistules vaginales — Coup d'oeil sur la méthode de les opérer et classification . » 147

Fistules vésico-vaginales . . . . . pag. 155
Fistule vésico-utéro-vaginale . . . . . » 168
Fistule uréthro-vessico-vaginale . . . . . » 171
Destruction totale du vagin avec large ouverture de la paroi vessicale . . . . . » 175
Prothèse des fistules vessico-vaginales . . . » 177
Appendice. — Procédé opératoire vagino-cystique pour la taille . . . . . » 183
Explication des planches . . . . . » 185

CC5107065

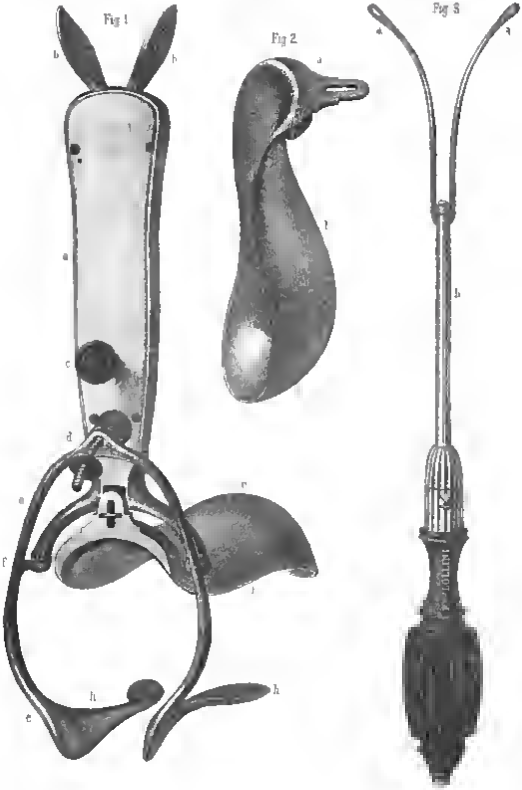
Pl. II



O. Nassau del.t

Bologna Lit. & Work

Pl III



G Nassau Sc.

Bologna Lit. G Wenz

Pl IV

Fig 1

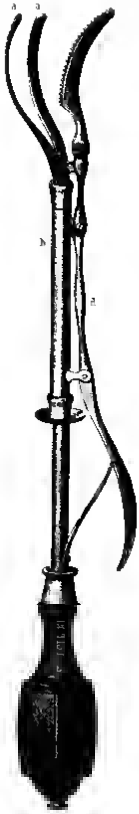


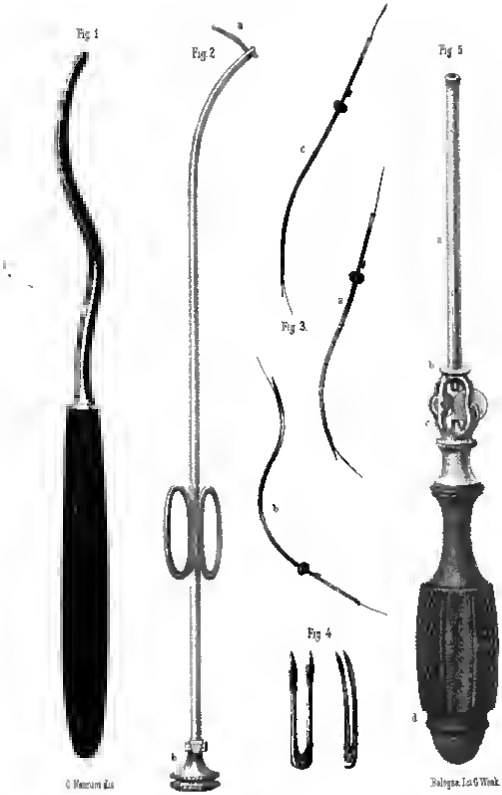
Fig 2

Fig 3

O Nancini del.

Bologna Lit. G Wenk

Pl V

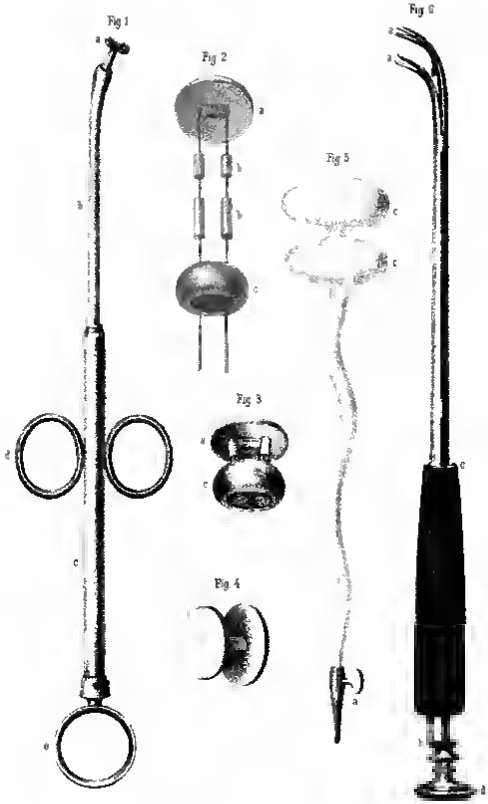


C Mancini dis

Bologna, Lit G Wenk

Google

Pl VI.



O Nauman dis.t

Bologna Lit. B Wenk

Digitized by

Pl VII

Fig 1.

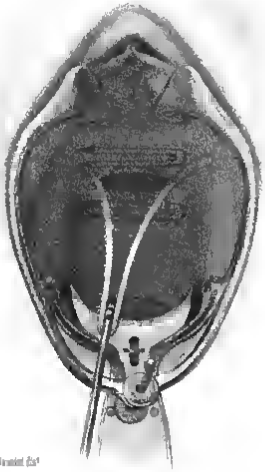


Fig 2

Fig 3

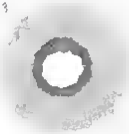


Fig 4

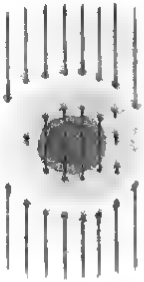
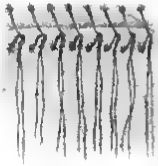


Fig 5



G Nauman del.

Bologna Lit. G Wenk.

EUGENIO e FILIPPO CAMMELLI — EDITORI-LIBRAI — Firenze

Burci (Prof. Carlo) Lezioni sulla Cistotomia maschile e femminile. Firenze, 1863. in 8 *con 130 figure inserite nel testo* . . . . . *It. L.* 10 —
— Due casi di rottura spontanea di parecchi calcoli vessicali e genesi dei calcoli della vescica in generale. Pisa, 1870 in 8 *con 32 figure inserite nel testo* . . . . » 2 —

Graves (Dott. Roberto) Lezioni cliniche di Medicina pratica. Traduzione sulla terza ed ultima edizione inglese del 1864 per cura del *Dott. G. Cioni* coll'aggiunta di una lettera del *Prof. A. Trousseau* e delle note del *Dott. Jaccoud* all'ultima edizione francese. Prato, 1864-66 2 vol. in 8 » 15 —

Orosi (Prof. Giuseppe) Manuale dei medicamenti galenici e chimici ad uso dei medici e dei farmacisti, con la descrizione dei loro caratteri, la loro preparazione, le virtù terapeutica, le formule di uso medico, le incompatibilità relative, le adulterazioni commerciali, gli antidoti ec. Firenze, 1867 in 16 *di 1020 pagine* » 10 —
— Lo stesso, *rilegato in tela all'inglese* » 12 —

Ranzi (Prof. Andrea) Sui fenomeni iniziali della flussione sanguigna, specialmente secondo i resultati delle osservazioni ed esperienze microscopiche. Nuovi studi sperimentali, e considerazioni intorno all'essenza della flogosi. Prato 1857 in 8 *con figure intercalate nel testo* » 2 80

Ricord (Prof. Filippo) Clinica iconografica dello spedale del venerei. Trattato completo delle malattie veneree. Prima traduzione italiana del *Dott. I. Gallego*. Firenze, 1861 in 4 *con 64 tav. colorite. Rilegato in tela all'inglese* » 15 —

Schiff (Prof. Maurizio) Lezioni di Fisiologia Sperimentale sul sistema nervoso encefalico date nel R. Museo di Firenze l'anno 1864-65 e compilate per cura del *Dott. Pietro Marchi* settore di anatomia comparata nel detto Museo. Firenze, 1866 in 16 . . . » 4

Zannetti (Prof. Ferdinando Clinico Chirurgico di Santa Maria Nuova) Studi sopra le ferite del cuore più specialmente nella utilità della pratica medico-forense, con un Parere Medico-Forense del *Prof. Pietro Betti* e seguito da una Statistica generale sulla natura delle ferite. *Seconda edizione*. Firenze, 1866 in 8 . » 5 50

Mediante Vaglia Postale si spedisce franco

LA MIGLIARE

[illegible] NELLE SUE PERTINENZE [illegible]

del Dottore SILVANO SANTINI

[illegible]

SOMMARIO

[illegible]

Prezzo L. 6. —

[illegible]

MANUALE

[illegible] CHIMICA ELEMENTARE

[illegible] ORGANICA

[illegible]

DI GIUSEPPE OROSI

[illegible]

[illegible]